POLIROM

Şerban Ionescu

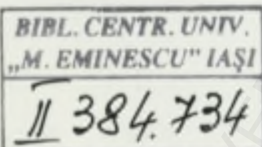
14 ABORDĂRI ÎN PSIHOPATOLOGIE

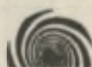






PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE





PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

Colecţia *Psihologie clinică şi psihoterapie* este coordonată de Ion Dafinoiu.

Şerban Ionescu, psihiatru şi psiholog, este profesor de psihopatologie la Universitatea Paris VIII (Vincennes-Saint-Denis), director al Institut d'enseignement à distance şi al Centre de recherches „Traumatisme, Résilience, Psychothérapies" din cadrul aceleiaşi universităţi, profesor emerit al Universităţii Trois-Rivières (Québec) şi membru corespondent al Academiei de Ştiinţe Medicale din România. Cercetările sale în domeniul deficienţei mintale, al dezinstituţionalizării, al implicaţiilor psihologice în bolile fizice şi al psihopatologiei s-au concretizat în numeroase lucrări, dintre care amintim: *La Déficience intellectuelle* (2 vol., 1993 şi 1995), *Psychopathologie de la vie universitaire* (1995), *Psychopathologies et société: Traumatismes, évênements et situations de vie* (coord. împreună cu Colette Jourdan-Ionescu, 2006), *Psychopathologie de l'adulte* (2006). De acelaşi autor, la Editura Polirom a mai apărut *Mecanismele de apărare. Teorie şi aspecte clinice* (în colaborare, 2002).

www.polirom.ro

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4, P.O. BOX 266, 700506
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, O.P. 37, P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

IONESCU, ŞERBAN
Paisprezece abordări în psihopatologie / Şerban Ionescu;
trad. de Bogdan Balan – Iaşi: Polirom, 2006

Tit. orig. (fr.): Quatorze approches de la psychopathologie

I. Balan, Bogdan

ISBN (10) 973-681-850-0
ISBN (13) 978-973-681-850-9

616.8
159.97

Printed in ROMANIA

Şerban Ionescu

14 ABORDĂRI ÎN PSIHOPATOLOGIE



Traducere de Bogdan Balan





POLIROM
2006

Tablă de materii

Cuvîntul autorului la ediția în limba română 9

Cuvînt înainte 13

Capitolul 1 – Psihopatologie ateoretică 21

A. Condiții de apariție. 24

1. Amplificarea problemelor de comunicare între clinicieni 24
2. Dezvoltarea unei mișcări neo-kraepeliniene în Statele Unite 25
3. Creșterea interesului pentru diagnostic 26
4. Pragmatismul nord-american 27
5. Unele schimbări socio-culturale apărute în Statele Unite 28

B. Descrierea elementelor fundamentale ale DSM IV 28

1. Evaluare multiaxială 28
2. Criterii de diagnostic explicite 32

C. Critici și perspective 34

1. Critici ale ateorismului 34
2. Perspective 36

Capitolul 2 – Psihopatologie behavioristă 43

A. Abordarea behavioristă a comportamentelor anormale 45

B. Behaviorismul paradigmatic sau social 47

Capitolul 3 – Psihopatologie biologică 57

A. Cercetări privind bazele biologice ale isteriei 60

B. Biologia comportamentelor suicidare 65

Capitolul 4 – Psihopatologie cognitivistă 74

A. Teoriile cognitiviste privind depresia 76

1. Teoria lui Beck 77
2. Teoria lui Abramson, Seligman şi Teasdale 79
B. Aportul cercetărilor privind tratamentul inconştient al informaţiei 82

Capitolul 5 – Psihopatologia din perspectiva dezvoltării umane 92
A. O clasificare a simptomelor din perspectiva dezvoltării 95
1. Gruparea simptomelor în funcţie de orientarea rolului asumat 96
2. Clasificarea simptomelor în funcţie de dimensiunile *acţiune* şi *gîndire* 98
B. Abordarea alcoolismului din perspectiva dezvoltării 102

Capitolul 6 – Psihopatologie ecosistemică 110
A. Un model interacţionist al psihopatologiei 115
B. Psihopatologie şi reţele sociale 119

Capitolul 7 – Etnopsihopatologie 125
A. Sindromuri cu specificitate culturală 128
B. Mari studii transculturale ale Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (OMS) 133
1. Studiul tulburărilor depresive 133
2. Schizofrenia : psihoză etnică sau tulburare universală ? 136
C. Probleme puse de diagnostic 140
1. Vindecătorul şi pacientul său : procesul diagnostic 140
2. Aspecte legate de variabilitatea diagnosticului. 142
3. Echivalenţa instrumentelor de evaluare diagnostică 144

Capitolul 8 – Psihopatologie etologică 154
A. Contribuţii metodologice 157
B. Un exemplu clinic : enurezia 163

Capitolul 9 – Psihopatologie existenţialistă 171
A. Trei concepte fundamentale 174
1. Voinţa 174
2. Angoasa 175
3. Moartea 176
B. Pacientul ca fiinţă-în-lume 178

Capitolul 10 – Psihopatologie experimentală 184
A. Nevroze experimentale 186
B. Catatonia experimentală 191
C. Exemplu de studiu experimental al tulburărilor psihopatologice prezentate de pacienţi 194

Capitolul 11 – Psihopatologie fenomenologică 200
A. Binswanger şi melancolia 201
B. Dezvoltări recente: studiul fenomenologic al spitalizării în psihiatrie 204
C. Fundamente ale metodei fenomenologice de cercetare 209

Capitolul 12 – Psihopatologie psihanalitică 218
A. Cinci tipuri de răspunsuri la o întrebare frecventă: este psihanaliza o ştiinţă? 222
1. Psihanaliza este o ştiinţă 222
2. Psihanaliza este numai parţial o ştiinţă 223
3. Psihanaliza este o ştiinţă hermeneutică 224
4. Psihanaliza nu este o ştiinţă 224
5. Psihanaliza este altceva 225
B. Studiul empiric al unor componente ale teoriei psihanalitice. Bilanţul cercetărilor asupra oralităţii 225

Capitolul 13 – Psihopatologie socială 233
A. Tulburări mintale şi clasă socială 235
B. Analiza variaţiilor istorice ale datelor epidemiologice 238
1. Suicidul 239
2. Schizofrenia 240
3. Schimbări în problema subiacentă cererii de consultaţii psihologice şi psihiatrice 241

Capitolul 14 – Psihopatologie structuralistă 247
A. Structurile psihopatologice 251
B. Structura ideilor delirante 254

Postfaţă 265

Bibliografie 269

Cuvîntul autorului la ediţia în limba română

Apariţia în limba română a cărţii *Quatorze approches de la psychopathologie* constituie, pentru mine, un moment important, pe care-l trăiesc în mod diferit de cel al publicării, în Mexic şi apoi în Brazilia, a traducerilor în spaniolă şi în portugheză ale acestei cărţi. În mod firesc, traducerea în limba maternă m-a condus la o reflecţie privind atît originile lucrării, poziţiile pe care le adopt în ea, cît şi începuturile vieţii mele profesionale, circumstanţele şi personalităţile care mi-au marcat evoluţia.

În 1962 am început să lucrez la Siret – cadru istoric, a doua capitală a Moldovei – la căminul-spital pentru copii neuropsihici. Ca medic, am întîlnit aici patologiile grave ale copilăriei, tulburările majore ale dezvoltării. Perioada trăită la Siret a reprezentat o primă iniţiere în materie de cercetare ştiinţifică, prin participarea mea la proiecte conduse de doi dintre profesorii mei din facultate, finalizate prin publicarea – în 1965 şi 1966 – a primelor articole semnate în calitate de coautor. În prima din aceste cercetări am lucrat cu Emil Repciuc, profesorul meu de anatomie, care m-a fascinat prin cultura sa enciclopedică: Repciuc făcuse studii remarcabile de medicină, matematică, filosofie şi muzică. Această cercetare privea depistarea fenilcetonuriei într-o populaţie de 1.100 de copii cu deficienţă mintală. A doua cercetare a fost condusă de Nicolae Cajal, profesorul meu de inframicrobiologie şi personalitate, care a jucat un rol determinant în decizia mea de a intra în lumea cercetării. Acest proiect privea şi profilaxia rujeolei cu ajutorul unui vaccin preparat din tulpina $M_{60\text{-}5}$ Huang şi care avea, indirect, implicaţii pentru înţelegerea imunogenezei la copiii cu întîrziere mintală, uneori profundă.

Cei trei ani şi jumătate petrecuţi la Siret au fost, de asemenea, marcaţi de contactul cu Şcoala de psihiatrie de la Socola. Spitalul Socola, instituţie acum centenară, îi avusese la începuturile sale, ca medici-directori, pe Al. Brăescu, C.I. Parhon şi L.O. Ballif. Şeful Catedrei de psihiatrie de la Socola era, în perioada aceea, profesorul Petre Brînzei, promotorul unei perspective bio-psiho-sociale a proceselor psihice normale şi patologice. Cîteva manifestări ştiinţifice, în iunie 1963, şi o călătorie de studii efectuată cu profesorul Brînzei şi echipa sa în fosta Uniune Sovietică mi-au permis să înţeleg mai bine această perspectivă.

Începînd cu perioada sireteană, întîrzierea mintală a devenit unul din obiectivele mele majore de cercetare, abordat din perspective diferite şi complementare : ateoretică, behavioristă, cognitivistă, ecosistemică, etologică şi socială. Angajamentul meu în materie de deficienţă mintală a luat amploare o dată cu adeziunea, de la crearea sa, la Asociaţia Internaţională pentru Cercetare Ştiinţifică în favoarea Persoanelor Handicapate Mintal, al cărei preşedinte sînt din 1995.

După Siret, implicarea mea în cercetare devine instituţională şi profesională. Din 1966, am devenit cercetător la Institutul de Psihologie creat de Mihai Ralea şi condus, în acea perioadă, de Alexandru Roşca. Apoi, din 1974 şi pînă în 1977 – cînd am plecat din România – am lucrat la Institutul de Neurologie şi Psihiatrie care-l avea ca director pe academicianul Arthur Kreindler.

Anii 1966 şi 1970 au fost marcaţi de două întîlniri capitale pentru orientarea mea ulterioară. Prima o datorez unchiului meu, neurologul Nick Vasilescu de la Clinica Colentina. La el acasă l-am cunoscut pe Eduard Pamfil, viitorul meu coordonator de teză în psihiatrie şi maestrul meu în acest domeniu. Întîlnire aşteptată, întîlnire dorită de multă vreme, căci profesorul Pamfil fusese tot timpul „prezent" în perioada şederii mele la Siret, unde sosisem la puţină vreme după ce îşi terminase exilul acolo, exil ce urmase detenţiei sale, pentru motive politice, din martie pînă în octombrie 1959.

În Franţa, Pamfil îl avusese ca maestru pe Henri Ey, creatorul organo-dinamismului, concepţie care încerca să depăşească – ţinînd cont de aportul psihologiei – punctele de vedere organiciste bazate pe localizări şi anatomopatologie. Adeziunea lui Pamfil la concepţia

lui Ey atestă refuzul pozițiilor univoce și simpliste. În 1978, într-un interviu apărut în *Contemporanul*, Pamfil descria astfel epoca în care Ey propusese organo-dinamismul: „...secolul în care marea bătălie părea că se dă în psihiatrie între cei care credeau într-un determinism organic liniar și simplu și cei care se îmbarcaseră, fără busolă și fără pînze, pe o corabie care purta însemnele celui mai mare «pirat» pe care l-a cunoscut psihologia și care a fost Freud". Adesea critic la adresa psihanalizei, Pamfil recunoștea meritele acesteia, subliniind – cu ocazia convorbirilor sale cu Anghel, apărute după moartea sa, în 1996 – „tentativa de a deriva mișcările sufletului din tiparele rigide ale biologiei".

A doua întîlnire marcantă – cea cu René Zazzo – a avut loc în septembrie 1970, la Lille, cu ocazia simpozionului Asociației de Psihologie Științifică de Limbă Franceză. O datorez lui Alexandru Roșca și lui Paul Fraisse. Fraisse îi propusese lui Roșca o bursă care să-i permită unui tînăr cercetător român să vină în Franța și să participe la simpozionul de la Lille ca discutant al raportului Irènei Lésire. Roșca a sugerat numele meu și, la Lille, Zazzo m-a invitat să-l întîlnesc la Paris. Zece zile mai tîrziu eram înscris la doctoratul în psihologie sub îndrumarea profesorului Zazzo. Am susținut teza de doctorat de stat în științe umane (psihologie) în 1981 la Universitatea Paris-X-Nanterre. Pe lîngă rigoarea sa metodologică, discursul său de o remarcabilă claritate și vasta sa cultură, colocviul său imaginar pe tema atașamentului a influențat, fără îndoială, în mare măsură activitatea mea, orientarea mea ulterioară. Acest colocviu epistolar a reunit specialiști de orientări foarte diferite: etologi (Chauvin, Harlow și Lorenz), psihanaliști de diferite tendințe (Anzieu, Bowlby, Duyckaerts, Lebovici, Spitz și Widlöcher), un pedopsihiatru (Koupernik) și doi psihologi ai copilului (Malrieux și Zazzo). Dezbaterea organizată de Zazzo rămîne un model al genului prin argumentele avansate, prin polemicile cărora le-a dat naștere, prin pozițiile adoptate de participanți, prudente, ferme și uneori violente.

Născuți la ceva mai mult de un an și jumătate unul de celălalt – Zazzo era mai în vîrstă –, coordonatorii mei aveau în comun numeroase caracteristici: generozitatea, sensibilitatea, profunzimea,

refuzul dogmelor. Zazzo era însă mai mult militant, iar Pamfil mai mult poet. Aceasta este imaginea principalelor mele două modele...

Diversele influenţe la care am fost supus – tinzînd toate spre repunerea în discuţie a unei abordări dogmatice şi oferind o deschidere spre integrarea diferitelor perspective – s-au cristalizat în contact cu eclectismul (în sensul pozitiv, şi nu peiorativ al termenului!) nord-american. Reflecţia amorsată la Siret s-a continuat şi s-a aprofundat – pe plan teoretic şi practic – în Québec, în mod particular la Universitatea de la Trois-Rivières şi mai ales la Centrul Universitar de Consultaţii în Psihologie, centru pe care l-am condus din 1982 pînă în 1993. Aici populaţia din regiunea Mauricie poate obţine consultaţii, iar psihologii pot să se formeze ca terapeuţi.

Iată, în cîteva rînduri, parcursul care m-a condus la elaborarea acestei cărţi.

Trois-Rivières,
16 martie 1998

Cuvînt înainte

1. Cele 14 capitole ale cărţii de faţă sînt consacrate prezentării, în ordine alfabetică, a diferitelor abordări ale psihopatologiei. Acest lucru rezultă dintr-o alegere care a dus la respingerea altor două modalităţi. Prima consta în utilizarea unui criteriu cronologic – caz în care, după părerea mea, lucrarea ar fi dobîndit un accentuat caracter istoric. Pe de altă parte, aplicarea unui asemenea criteriu ar fi fost, în mod inevitabil, subiectivă. Ce an să alegi ca „dată de naştere" a unei abordări ? Anul în care s-a folosit pentru prima oară denumirea sau data de apariţie a unei lucrări considerate ca fiind fundamentală ? Şi ce-i de făcut în cazul apariţiei la date diferite a mai multor lucrări esenţiale ? Să mai adăugăm că unele abordări s-au constituit în mod treptat, pornind de la studii efectuate pe parcursul a lungi perioade de timp ; în plus, mai multe abordări s-au dezvoltat în acelaşi timp. Cea de-a doua modalitate – respinsă şi ea – consta în alegerea drept criteriu a importanţei abordărilor. Dar cum să stabileşti această importanţă ? Cu ajutorul cărui etalon sau sistem de măsură ? Cum să elimini, de exemplu, „efectele de modă", foarte evidente pentru unele abordări ? În plus, un asemenea demers ar fi fost împotriva obiectivului central al acestei lucrări : contribuţia la decompartimentarea diferitelor abordări şi constituirea, astfel, a unei pregătiri pentru emergenţa unei noi abordări integrative. Ceea ce înseamnă, bineînţeles, eclectism, şi nu sincretism. Realizarea unui asemenea obiectiv presupune un spirit diferit de cel pe care l-ar putea crea o ierarhie stabilită de la început şi bazată pe judecăţi de valoare ale autorului, care ar influenţa lectura cărţii.

2. Fiecare capitol începe cu o introducere care, pe lîngă definirea abordării ce urmează a fi tratată, conţine şi principalele momente

ale dezvoltării sale. După care, pe parcursul a două, uneori trei părţi, sînt abordate temele ce ilustrează abordarea prezentată. Ca în aproape toate cazurile (psihopatologia ateoretică fiind o excepţie), a fost imposibilă abordarea în ansamblu a direcţiilor de cercetare şi a contribuţiilor disponibile, alegerea exemplelor utilizate pentru ilustrarea unei abordări fiind explicată, în fiecare capitol, la sfîrşitul părţii introductive. În fiecare capitol sînt citate referinţele bibliografice corespunzătoare abordării descrise. Acest lucru permite aprofundarea ulterioară a domeniului şi explică volumul impresionant al bibliografiei de la sfîrşitul cărţii. La finalul fiecărui capitol sînt trecute numeroase note, elaborate atît pentru uşurarea traducerii (fără a determina însă o pierdere de informaţii), cît şi pentru explicarea unora dintre termenii folosiţi.

3. Prezentarea celor 14 abordări nu este precedată, cum ar fi de aşteptat, de un capitol dedicat aspectelor generale, îndeosebi unei definiri a psihopatologiei şi unei discutări a conceptelor de bază, cum ar fi diada „normal-patologic". Dimpotrivă, aceste aspecte vor beneficia de lămuririle aduse de diferitele abordări prezentate în acest volum.

Lucrarea fiind concepută ca o pregătire a unei abordări integrative a psihopatologiei, accentul se pune pe complementaritatea celor 14 abordări, obiectiv destul de greu de atins. În acest context, împărtăşesc opinia lui Widlöcher (1984), care, referitor la dificultatea împăcării ansamblului cu diversitatea sistemelor de referinţă în materie de psihopatologia adolescentului, scria : „Dificultatea este salutară, deoarece ne fereşte de comodităţi în gîndire, care oblitereazǎ uneori reflecţia psihopatologică".

4. Termenul ales pentru titlul cărţii de faţă este *approche* (în franceză, în original), adică mod de abordare a psihopatologiei. Cu toate acestea, menţionăm faptul că pentru a denumi aceste maniere diferite de abordare a domeniului care ne interesează, în lucrările de specialitate sînt folosiţi şi alţi termeni.

- Termenul *perspectivă*, mod de a privi, apare la Bootzin şi Acocella (1988), care-şi intitulează prima parte a lucrării lor „Perspective istorice şi teoretice". Dacă Sarason şi Sarason (1989) consacră un capitol perspectivelor teoretice cu privire la comportamentul rău adaptat, Adams şi Sutker (1984) folosesc, în

titlul unui capitol, formularea *perspectivă psihopatologică* pentru tratarea rolului variabilelor biologice în psihopatologie.

- Formularea *punct de vedere*, în sensul de mod particular în care poate fi privită o problemă, poate fi întîlnită la Costin şi Draguns (1989), ca de altfel şi la Carson *et al.* (1988).
- În prefaţa lucrării lor *Psychopathologie de l'enfant*, Ajuriaguerra şi Marcelli (1982) constată înmulţirea considerabilă a ceea ce ei numesc *referinţe teoretice* aplicate pedopsihiatriei şi menţionează că „aporturilor teoretice tradiţionale" li se adaugă şi alte teorii.

5. În domeniul psihopatologiei – ca şi în altele, de altfel – apare deseori termenul *model*. Şi asta, fără îndoială, după cum spunea Rouanet (1983), pentru că „modelele sînt foarte la modă. În fiecare zi primim noi modele ; le batem în cuie, după care, mai devreme sau mai tîrziu le dăm uitării, fără a căuta cu adevărat să înţelegem nici motivele apariţiei, nici ale declinului lor". După Rouanet, există două tipuri de modele : a) modelul-cadru, un model care nu se pune în discuţie şi care furnizează un context pentru interpretarea datelor primite ; acesta ar fi, după cum spunea Goguelin (1983), modelul ca instrument ştiinţific ; b) modelul ipotetic, model care se încearcă a fi validat prin verificarea rezultatelor experimentale.

Termenul *model* poate fi întîlnit în numeroase lucrări fundamentale. Astfel, în manualul publicat sub îndrumarea lui Adams şi Sutker (1984), un capitol este dedicat modelelor descriptive ale comportamentului anormal. Una din cele opt părţi ale lucrării lui Rosenham şi Seligman (1989) este intitulată „Modele şi tratamente ale anormalităţii". Marcelli şi Braconnier (1984) consacră o secţiune importantă din prima parte a rezumatului lor modelelor de comprehensiune a adolescenţei. În fine, lucrarea lui Weckowicz (1984) e dedicată „Modelelor bolii mintale".

Dacă modelele reprezintă, în mod incontestabil, un stimulent pentru dezvoltarea ştiinţifică, ele pot acţiona însă şi ca frînă. Ele pot, într-adevăr, să modeleze gîndirea cercetătorului, încercînd a se replica şi a se instituţionaliza. Acceptat de cercetător sau de practician în timpul formării sale, modelul poate deveni un model de gîndire, transformîndu-se astfel într-un obstacol în calea inovării (Goguelin, 1983). În intervenţia lui, intitulată „Să ne ferim de

modele", prezentată la Colocviul Societăţii Franceze de Psihologie în 1983, René Zazzo scria: „Am considerat întotdeauna că modelele – indiferent de natura lor – sînt nişte fiinţe suspecte: au prea mult tendinţa de a da realităţii lecţii de bună purtare; pe scurt, să *servească drept* modele".

Toate aceste rezerve m-au determinat, în final, să nu folosesc în titlul acestei cărţi termenul *model*.

6. Într-un moment în care productivitatea – în termeni de publicaţii – a cercetătorilor universitari devine tot mai importantă, putem pune sub semnul întrebării aportul fiecărei noi apariţii. Pentru a răspunde la această întrebare în ceea ce priveşte volumul de faţă, să analizăm orientarea lucrărilor apărute în ultimii ani.

Tendinţa care se degajă este adoptarea unui mod de a proceda considerat – de către unii – din „perspective multiple". Ceea ce înseamnă că, cel puţin într-un capitol (dacă nu trei sau patru) din fiecare lucrare, sînt prezentate mai multe abordări ale psihopatologiei. Acest demers se întîlneşte în majoritatea lucrărilor de psihopatologie generală apărute în ultimii ani (Adams & Sutker, 1984; Bootzin & Acocella, 1988; Carson *et al.*, 1988; Sarason & Sarason, 1989; Costin & Draguns, 1989; Rosenham & Seligman, 1989), în lucrări de psihopatologia copilului şi/sau adolescentului (Ajuriaguerra & Marcelli, 1982; Marcelli & Braconnier, 1984; Quay & Werry, 1986), ca de altfel şi în ultima culegere de texte fundamentale de psihologie patologică elaborată de Hooley *et al.* (1989), unde fiecare entitate clinică este prezentată din mai multe perspective teoretice.

În ţările anglo-saxone, lucrările de psihopatologie generală bazate pe o singură abordare tind să fie tot mai rare. În schimb, în Franţa, singura lucrare de psihologie patologică generală (Bergeret, 1976) este de orientare psihanalitică. Celor care ar putea critica această „ataşare prea exclusivă de ipotezele psihanalitice" Bergeret le răspunde: „Datele analitice (teoretice şi non-tehnice) de care ne-am cantonat corespund celor admise ca fiind clasice de marea majoritate a psihopatologilor contemporani şi nu constituie, în definitiv, decît o cunoaştere generală, indispensabilă omului cinstit de la sfîrşitul secolului XX".

Cercetările bibliografice întreprinse – mai ales cu noul sistem PsycBOOKS – mi-au oferit posibilitatea să constat că, în ultimii ani,

doar o singură lucrare de psihopatologie (apărută în engleză) a fost elaborată numai pe baze psihanalitice (Yorke *et al.*, 1989). Primul dintre cei trei autori este directorul medical de la Anna Freud Centre din Londra. Celelalte lucrări „omogene", bazate pe o singură abordare a psihopatologiei, apărute din 1987, sînt cele ale lui Sims (1988) (puternic influenţat de abordarea fenomenologic-descriptivă a lui Jaspers) şi cele două volume consacrate abordării sociale a psihopatologiei, semnate de Gallagher (1987) şi Howels (1988).

În aceste condiţii, răspunsul la întrebarea de la care am pornit este că prezentul volum şi cel al lui Weckowicz (1987) – citat mai înainte – sînt singurele lucrări consacrate abordărilor psihopatologiei. Cum această carte se doreşte a fi, înainte de toate, o lucrare didactică, construcţia sa este, în mod inevitabil, diferită de a cărţii colegului meu din Edmonton (Alberta), mult mai teoretică. Faptul de a ilustra fiecare abordare cu exemple a ceea ce reprezintă concret utilizarea ei va înlesni, sper, înţelegerea. Cei şase ani care despart apariţia cărţii lui Weckowicz de momentul în care am înmînat editorului manuscrisul meu abundă în descoperiri interesante şi au permis o mai bună definire a unor abordări, aşa încît una din preocupările mele a fost tocmai să ţin cont de toate aceste noutăţi.

7. Scriind, unul după altul – evident, nu în ordine –, capitolele care descriu cele 14 abordări prezentate în această carte, am retrăit întîlnirea cu fiecare dintre ele.

Întîlniri forţate, obligatorii, cum erau cele „închinate" gloriei lui Pavlov, în marele amfiteatru al Facultăţii de Medicină din Bucureşti... Era epoca lui Lîsenko, epocă în care cuvintele Olgăi Borisovna Lepeshinskaya, colaboratoare a lui Oparin, erau afişate în holul Catedrei de biologie, epocă în care cursurile de medicină erau urmate şi precedate de cursuri de materialism dialectic.

Întîlniri ilegale, aproape tainice, unde se vorbea în şoaptă, teama fiind omniprezentă. Aşa am cunoscut psihanaliza, pe atunci interzisă, mulţumită unui om extraordinar, doctorul Popescu-Sibiu, psihiatru şi psihanalist. L-am întîlnit în apartamentul său plin de „obiecte-relicve ale unei fericiri dispărute", cum scria Saul Bellow (1982) în *Iarna decanului*, pentru a descrie locuinţa Valeriei şi a surorii sale. Nu întîmplător îl citez pe Bellow. Căci în apartamentul lui Popescu-Sibiu am întîlnit-o în două rînduri pe Valeria, soacra

domnului Corde din Chicago, pe numele ei adevărat Florica Bagdazar, psihiatru remarcabil, care condusese Centrul de neuropsihiatrie infantilă din strada Vasile Lascăr. Îi studiase pe Freud şi Ferenczy şi era un fin cunoscător al metodelor cantitative de diagnostic.

Întîlnirile – la fel de discrete – şi discuţiile continuate de multe ori pe stradă (din nou teama...) cu îndrumătorul meu de la teza de psihiatrie, prof. Eduard Pamfil din Timişoara, care-mi vorbea despre Henry Ey, mentorul său, despre organo-dinamism, dar şi despre informatică şi teoria sistemelor.

Un lung şir de întîlniri...

Prea lung pentru a fi povestit aici.

Totuşi, nu l-am putut trece complet sub tăcere, deoarece el vorbeşte despre felul în care tema acestei cărţi poate da naştere sau poate avea legătură cu atitudini extreme şi periculoase. Afirmarea cu autoritate a cutărei sau cutărei doctrine fără a admite că ar putea exista ceva imperfect sau greşit, cu alte cuvinte dogmatismul (Lalande, 1980), se întîlneşte de foarte multe ori în acest domeniu.

8. Elaborarea prezentului volum a fost posibilă, în mare măsură, datorită ajutorului instituţional primit din partea Universităţii din Québec, Trois-Rivières (UQTR) şi a Universităţii Paris-VIII.

Pe parcursul redactării acestei cărţi, prima mea cititoare a fost Colette Jourdan-Ionescu, profesor de psihologie la UQTR.

Hélène Gaudette, specialist în documentare, şi serviciile bibliotecii de la UQTR au contribuit la constituirea reperelor bibliografice.

Danis Pageau, student la master de psihologie, la UQTR, a participat la aranjarea în forma finală a bibliografiei şi a realizat culegerea în mare parte a manuscrisului.

Transmiterea unor texte, prin fax, între Canada şi Franţa a fost posibilă datorită lui Bernard Civeyrac, secretar general al Universităţii Paris-VIII, şi colaboratorilor săi tehnici, ca de altfel şi celor de la UQTR.

Annick Thibault, secretar al UFR de Psihologie, Practici Clinice şi Sociale de la Universitatea Paris-VIII, şi-a adus din plin contribuţia la punerea în formă finală a manuscrisului, acceptînd să asigure culegerea a două capitole.

Ultima corectură i-a fost încredinţată de editură lui Jean-Christophe Saladin.

Însă reuşita acestui proiect se datorează colaborării deosebit de fructuoase cu editura Fernand Nathan şi mai ales cu Françoise Juhel, directorul editorial. Iar contactele frecvente cu directorul de colecţie, prof. Matty Chiva, au fost foarte stimulative.

Mulţumesc din toată inima tuturor persoanelor pe care le-am amintit.

Trois-Rivières Ouest (Québec)
şi Ansières-sur-Seine, aprilie 1991

CAPITOLUL 1

Psihopatologie ateoretică

Ideea creării unei psihopatologii în cadrul căreia descrierea diverselor tulburări (nosologia) să fie ateoretică a apărut în Statele Unite ale Americii în cursul dezbaterilor şi lucrărilor care au condus la elaborarea celei de-a doua şi ulterior celei de-a treia ediţii a *Manualului diagnostic şi statistic al tulburărilor mintale*, cunoscut sub numele de *DSM* (Spitzer, 1985).

Publicată în 1952, prima ediţie a *DSM* (*DSM I*) a fost puternic influenţată de punctul de vedere psihobiologic al lui Adolf Meyer, care privea tulburările mintale drept „reacţii" ale personalităţii la factori psihologici, sociali şi biologici. Şaisprezece ani mai tîrziu, o dată cu apariţia *DSM II*, se constată, pe de o parte, că termenul „reacţie" este abandonat, iar pe de altă parte, că sînt utilizaţi termeni care în general nu presupun un cadru teoretic specific pentru înţelegerea tulburărilor mintale non-organice.

Procesul de elaborare a *DSM III* (American Psychiatric Association, 1980) a început în 1974, cînd Asociaţia americană de psihiatrie (APA) a creat un „Grup de lucru asupra nomenclaturii şi statisticilor" care a funcţionat ca un veritabil comitet de orientare ce superviza elaborarea noii lucrări. Este important de subliniat faptul că printre obiectivele pe care membrii grupului de lucru s-au angajat să le atingă figura şi acela de a „determina clinicienii şi cercetătorii să accepte orientări teoretice diferite" (Spitzer, 1985). După o serie de etape incluzînd pe de o parte dezbateri organizate cu ocazia unor reuniuni profesionale[1], iar pe

de altă parte studii de teren[2], *DSM III* este aprobat în mai 1979 de către adunarea APA şi de Consiliul pentru cercetare şi dezvoltare (care constituie una din secţiunile APA), iar în luna iunie a aceluiaşi an, de către comitetul de referinţă şi de consiliul de administraţie al APA (Spitzer, 1985).

În 1983, APA a decis realizarea unei revizuiri a *DSM III*. Această decizie a fost motivată în special de faptul că unele criterii de diagnostic nu mai corespundeau datelor obţinute în cercetările efectuate după publicarea *DSM III*, iar în alte cazuri, criteriile erau neclare sau chiar contradictorii. În noiembrie 1986, adunarea secţiunilor locale ale APA a aprobat forma finală a *DSM III-R*, iar o lună mai tîrziu, consiliul de administraţie îşi dă de asemenea acordul (Spitzer şi Williams, 1989a).

Procesul de perfecţionare a *DSM* a continuat fără întrerupere după adoptarea *DSM III-R*, finalizat cu apariţia în mai 1994 a *DSM IV*. Acest proces – strîns legat de cel care a condus la a 10-a ediţie a Clasificării internaţionale a maladiilor (1992) – s-a derulat sub direcţia unui grup de lucru dirijat de Allen Frances şi a implicat participarea a treisprezece comisii, fiecare avînd responsabilitatea unei anumite secţiuni a manualului. Cu doi ani înainte de apariţia manualului, pentru a facilita o dezbatere cît mai largă, grupul de lucru a publicat şi difuzat un volum (*DSM IV Options Book*) consacrat opţiunilor luate cu ocazia acestei ultime ediţii a *DSM*.

În cursul pregătirii *DSM IV*, grupul de lucru şi comisiile menţionate mai sus au realizat un studiu aprofundat al publicaţiilor deja existente, patruzeci de analize noi asupra unor date preexistente şi importante studii de teren (studii ce au implicat 70 de centre geografice şi peste 6000 de subiecţi). În luarea deciziei, grupul de lucru şi comisiile respective au ţinut cont de ansamblul datelor empirice disponibile.

În comparaţie cu *DSM III-R*, *DSM IV* prezintă o serie deloc neglijabilă de modificări. Să menţionăm mai întîi că opt tulburări ce figurau în *DSM III-R* dispar sau sînt încorporate în alte categorii. Printre acestea se află tulburările de identitate, transsexualismul şi personalitatea pasiv-agresivă. În acelaşi timp,

treisprezece noi tulburări își fac apariția în *DSM IV*: sindromurile Rett, Heller și Asperger, tulburarea de alimentație a copilului mic, delirul cu etiologii multiple, demența cu etiologii multiple, tulburarea catatonică datorată unei afecțiuni fizice, tulburarea bipolară II, stresul acut, disfuncția sexuală datorată unei afecțiuni fizice, disfuncția sexuală indusă de substanțe psiho-active, narcolepsia și tulburarea somnului legată de respirație.

Pornind de la propunerile făcute, autorii *DSM IV* prezintă în *Anexa B* o listă cu cincisprezece noi categorii diagnostice care necesită studii suplimentare înainte de a fi incluse în lista oficială a tulburărilor mintale. La aceste categorii se adaugă cinci aspecte care vor necesita, de asemenea, studii ulterioare. Este vorba de descriptori dimensionali alternativi pentru schizofrenie, de un criteriu B alternativ pentru tulburarea distimică, precum și de trei instrumente de evaluare (Scala de funcționare defensivă, Scala de evaluare globală a funcționării relaționale, sau scala GAF și Scala de evaluare a funcționării sociale și profesionale sau scala SOFAS). Să menționăm, în fine, că *Anexa I* a *DSM IV* propune elemente de formulări privind aspectele culturale și conține (pentru prima oară în *DSM*) un glosar cu douăzeci și cinci de sindromuri legate de cultură.

Abordarea ateoretică utilizată începînd cu *DSM III* urmărește să compenseze limitele cunoștințelor noastre actuale privind etiologia tulburărilor mintale. Principiul fundamental îl constituie absența referințelor la orice concepție teoretică nedemonstrată privind etiologia sau patogenia[3]: *DSM III* a fost calificat drept nosologie ateoretică sau agnostică[4] (Pichot, 1985).

Ateorismul este, fără îndoială, dominant în ultimele ediții ale *DSM*. Pichot și Guelfi (1985) constată că: (a) ateorismul se afirmă încă din titlu, unde se utilizează conceptul de „tulburări mintale"[5] și nu cel de boli sau „maladii mintale"[6]; (b) el se manifestă prin faptul că majoritatea categoriilor diagnostice ale *DSM III* sînt definite prin constelații de simptome, deci prin sindromuri; (c) într-un număr mare de cazuri, termeni ce evocau o etiologie sau o patogenie „nedemonstrată" au fost eliminați.

Faptul de a opta pentru o poziţie ateoretică privind etiologia face ca în loc să indice **cum** au apărut tulburările mintale, autorii *DSM* încearcă în cea mai mare parte a cazurilor să descrie manifestările acestor tulburări. Această abordare, ce constă în definirea tulburărilor prin descrierea caracteristicilor clinice ale acestora, este denumită „descriptivă". Ea este, de asemenea, utilizată pentru a regrupa în clase diagnostice tulburările pentru care etiologia şi fiziopatologia nu sînt cunoscute (Spitzer, 1985).

A. CONDIŢII DE APARIŢIE

Studiul contextului (ştiinţific, dar şi socio-cultural) în care a apărut şi s-a dezvoltat psihopatologia ateoretică ni se pare util pentru a înţelege nosologia şi nosografia[7] prezentate în *DSM*. Cele cinci aspecte pe care le vom aborda pentru a descrie acest context vor permite, în acelaşi timp, o mai bună înţelegere a reacţiilor produse de difuzarea internaţională a acestui instrument, în special în Franţa.

1. Amplificarea problemelor de comunicare între clinicieni

Diversificarea în Statele Unite a şcolilor psihopatologice a avut drept consecinţă dezvoltarea şi utilizarea unor cadre nosologice şi nosografice foarte diferite, făcînd dificilă (uneori imposibilă!) comunicarea între clinicienii de diferite apartenenţe. Dacă pentru anumite maladii „tipice", după cum remarcă Singer (1985), există un consens între psihiatri, cea mai mare parte a bolilor nu poate fi organizată în clase bine definite. Rezultatul acestor probleme de coerenţă la nivel noţional şi diagnostic este adesea ilustrat prin referire la... capitolul XI din Geneză! Astfel, Brockington *et al.*(cf. Berner *et al.*, 1983) evocă „o confuzie babiloniană a limbilor", iar Bourgeois (1985) consideră că *DSM III* ar reprezenta un progres în vederea dispariţiei „Babelului psihiatric".

2. *Dezvoltarea unei mişcări neo-kraepeliniene în Statele Unite*

Curentul neo-kraepelinian a apărut în Marea Britanie la începutul anilor cincizeci. Foarte critic la adresa psihanalizei, psihoterapiei şi psihiatriei sociale, manualul lui Mayer-Gross, Slater & Roth (1951) constituie o reafirmare a punctului de vedere kraepelinian.

> Născut în acelaşi an cu Freud, Emil Kraepelin (1856-1926) este autorul unui vast sistem descriptiv al maladiilor mintale, concepute ca entităţi clinice distincte, care constituie punctul culminant al dezvoltării psihiatriei germane din secolul XIX. O dată cu Kraepelin, modelul medical al nebuniei pare să cîştige disputa teoretică. Pentru el, boala mintală trebuie individualizată şi definită prin evoluţia sa. Singurul diagnostic adevărat este acela care permite un pronostic precis. Boala neputînd fi definită decît prin starea ei terminală, Kraepelin studiază în mod sistematic afecţiunile mintale în funcţie de evoluţia lor. Viziunea sa clinică are un caracter preponderent clasificator. El nu se ocupă de ipotezele psihopatologice şi se mulţumeşte cu descrieri şi clasificări. Manualul de psihiatrie al lui Kraepelin, cunoscut în lumea întreagă, apare în 1883 şi este reeditat de nouă ori pînă în 1927. Lui Kraepelin îi datorăm conceptul de demenţă precoce, entitate definită foarte clar începînd cu a şasea ediţie a *Tratatului* (1899). Tot el este cel care introduce noţiunea de psihoză maniaco-depresivă.

În Statele Unite, mişcarea neo-kraepeliniană îşi începe activitatea la Universitatea Washington din St-Louis. Protagoniştii săi sînt Robins (cunoscut pentru contribuţiile sale în ceea ce priveşte epidemiologia psihiatrică), Winokur (interesat de studiul familial-genetic al tulburărilor afective) şi Guze (remarcat pentru o reformulare a categoriei „isterie" şi pentru o cercetare asupra sindromului Briquet[8]).

Klerman, creatorul conceptului de neo-kraepelianism (Klerman, 1978), arată că reprezentanţii acestei mişcări (în măsura în care, pe de o parte, cred în existenţa tulburărilor mintale distincte, iar pe de altă parte concep psihiatria drept o ramură

medicală[9]) urmează tradiţia lui Kraepelin şi gîndirea psihiatrică clasică a secolului al XIX-lea. Prin indecizia lor în ceea ce priveşte etiologia diverselor tulburări[10], prin faptul că subliniază importanţa unei abordări mai curînd empirice a acestor tulburări, neo-kraepelinienii se diferenţiază totuşi de tradiţia kraepeliniană (Klerman, 1985). Aceasta era mai teoretică şi se baza (începînd de la a cincea ediţie a *Tratatului* lui Kraepelin) pe conceptul de maladie, înscriindu-se astfel în continuitatea unui curent psihopatologic reprezentat de Bayle, Falret şi Kahlbaum (Pichot & Guelfi, 1985). Conceptul de maladie implică însă o etiologie şi o patogenie specifică. În absenţa unor leziuni caracteristice, prezenţa unei maladii putea fi argumentată prin existenţa unei evoluţii identice (conform principiului „dacă evoluţia e identică, şi cauza e identică").

Deşi *DSM III* a reluat multe dintre ideile formulate de Kraepelin, iar neo-kraepelinienii au jucat un rol important în elaborarea sa, oferind fundalul experimental şi conceptual a numeroase inovaţii ce apar aici, ar fi eronat să considerăm că *DSM III* ar fi (în ansamblul său) o expresie a punctului de vedere neo-kraepelinian (Klerman, 1985). Responsabilul de elaborarea *DSM III*, Spitzer, şi-a exprimat în mod explicit dorinţa de a nu fi considerat drept unul dintre membrii „colegiului invizibil" (Blashfield, 1982) constituit din cercetători neo-kraepelinieni ; el se defineşte ca fiind mai curînd interesat de date şi de o abordare empirică (Klerman, 1985).

3. *Creşterea interesului pentru diagnostic*

De la începutul anilor patruzeci pînă spre mijlocul anilor şaizeci, diagnosticul şi clasificarea au constituit preocupări minore pentru psihiatria americană. Absenţa aparentă a pertinenţei diagnosticului pentru deciziile legate de tratament constituie una dintre principalele surse ale acestei atitudini. După Klerman (1985), cinci tipuri de critici explică sau sînt legate de lipsa de interes pentru problemele diagnosticului. Ţintele acestor critici sînt :

- legitimitatea situării psihiatriei printre disciplinele medicale[11] ;
- fidelitatea diagnosticului psihiatric ;
- consecinţele sociale şi psihologice ale diagnosticului psihiatric ;
- pertinenţa categoriilor şi tipologiilor ce figurează în sistemele de diagnostic, precum şi claritatea frontierei dintre normal şi anormal ;
- înrădăcinarea sistemului convenţional de diagnostic în cultura vest-europeană.

Spre sfîrşitul perioadei menţionate, asistăm la o creştere a interesului cercetătorilor şi practicienilor pentru problemele de diagnostic şi clasificare. Această înnoire are în esenţă trei explicaţii (Klerman, 1985) :

- progresele realizate în domeniul modalităţilor terapeutice, în special în psihofarmacologie, dar şi în materie de mijloace de intervenţie comportamentală şi psihoterapeutică ;
- disponibilitatea mijloacelor informatizate de tratare a datelor, permiţînd analize multivariate pe volume importante de informaţii ;
- utilizarea scalelor de evaluare şi a altor tehnici psihometrice pentru evaluarea cantitativă a simptomelor, comportamentului şi personalităţii.

4. Pragmatismul nord-american

După Pichot şi Guelfi (1985), *DSM* este puternic impregnat de o orientare filosofică ce este considerată în Europa ca fiind caracteristică Statelor Unite : pragmatismul creat de Charles Sander Peirce[12]. Principalii continuatori ai acestuia, William James şi John Dewey (care a fost prieten cu Adolf Meyer) au avut o influenţă directă asupra psihiatriei americane. Spitzer (1985), preşedintele Grupului de lucru asupra nomenclaturii şi statisticii din cadrul APA, arată că ateorismul *DSM III* reprezintă probabil expresia majoră a filosofiei pragmatice : „Includerea unor teorii etiologice ar constitui un obstacol în utilizarea manualului de

către clinicienii de orientare teoretică diferită". În fața unui astfel de obstacol, a fost mai practic, mai simplu să se elimine orice referire la teoriile etiologice.

5. Unele schimbări socio-culturale apărute în Statele Unite

Începînd cu 1970, campaniile grupurilor de homosexuali pentru retragerea etichetei de tulburare mintală aplicată în *DSM II* homosexualității a determinat la clinicieni o analiză critică (Bayer, 1981 ; Gayda *et al.*, 1985). Mișcarea de repunere în discuție a reperelor nosografice tradiționale s-a manifestat la reuniunea anuală a APA de la San Francisco. La congresul de la Honolulu (1973), homosexualitatea în sine nu mai este considerată ca stare patologică și este eliminată din *DSM II*. Cei care s-au opus retragerii homosexualității din clasificarea APA vor redeschide dezbaterea o dată cu începerea lucrărilor de realizare a *DSM III*, în 1974. Ei nu vor obține cîștig de cauză, doar homosexualitatea ego-distonică rămînînd în *DSM III*[13]. Ea va fi eliminată și din *DSM*. Această decizie a intrat în vigoare în 1987, o dată cu publicarea *DSM III-R*[14]. Dezbaterile provocate de homosexualitate au pus în evidență „imposibilitatea de a realiza un diagnostic de tulburare mintală fără a face referință, cel puțin în mod implicit, la un întreg ansamblu de norme și judecăți de valoare" (Gayda *et al.*, 1985).

B. DESCRIEREA ELEMENTELOR FUNDAMENTALE ALE DSM IV

1. Evaluare multiaxială

Modelul multiaxial de diagnostic nu este nou în psihiatrie (Skodol & Spitzer, 1985). Originile sale se găsesc în cercetările conduse în Suedia de către Essen-Möller & Wohlfahrt (1947), Essen-Möller (1971), Ottosson & Perris (1973), precum și în

unele cercetări efectuate în cadrul OMS (Stengel, 1959; Rutter *et al.*, 1969; 1973).

În cazul *DSM III*, adoptarea unui sistem multiaxial este o consecinţă logică a ateorismului etiologic, care face necesară înregistrarea ansamblului informaţiilor disponibile (Pichot & Guelfi, 1985). Acest sistem asigură o evaluare minuţioasă din punct de vedere psihologic, biologic şi social (Skodol & Spitzer, 1985).

În evaluarea multiaxială, fiecare axă se raportează la o categorie de informaţii diferită. Primele trei axe sînt tipologice, implicînd categorii; ultimele două sînt dimensionale (Mezzich, 1980; cf. Klerman, 1985). Gisselmann *et al.* (1985) subliniază valoarea axelor IV şi V, care aduc alături de bolnav mediul acestuia, noţiune care condiţionează adesea şi în mare măsură pronosticul.

a. Axa I a *DSM IV* cuprinde tulburările clinice, precum şi diferite alte situaţii asupra cărora se poate centra clinicianul. În total, cincisprezece categorii de tulburări mintale figurează pe această axă:

- tulburări ce apar de obicei în prima şi a doua copilărie, sau la adolescenţă[15];
- delir, demenţă, sindrom amnezic şi alte tulburări cognitive;
- tulburări mintale datorate unei afecţiuni sau tulburări fizice;
- tulburări legate de ingestia de substanţe psiho-active;
- schizofrenie şi alte tulburări psihotice;
- tulburări afective;
- tulburări anxioase[16];
- tulburări somatoforme[17];
- tulburări factice[18];
- tulburări disociative[19];
- tulburări sexuale şi de identitate sexuală;
- tulburări de alimentaţie;
- tulburări de somn;

- tulburări ale controlului impulsurilor neîncadrate în altă parte[20];
- tulburări de adaptare.

În comparaţie cu *DSM III-R*, se constată mai multe modificări. Astfel, categoriile „tulburare delirantă (paranoică)" şi „factori psihologici ce influenţează o afecţiune fizică" dispar în *DSM IV*, la fel ca şi referinţele la nevroza legată, pe de o parte, de „tulburările anxioase (stări anxioase şi fobice)", iar pe de altă parte de „tulburările disociative (nevroze isterice, tip disociativ)". Se mai poate nota apariţia unei noi categorii („tulburări alimentare") şi gruparea schizofreniei împreună cu celelalte tulburări psihotice.

Axa I poate servi, după cum am văzut, la codarea diferitelor situaţii pe care se poate centra atenţia clinicianului : (a) factori psihologici ce au impact asupra unei afecţiuni sau tulburări fizice ; (b) tulburări ale motricităţii induse de medicamente ; (c) probleme de ordin relaţional ; (d) probleme legate de abuz sau neglijenţă ; (e) alte probleme cum ar fi cele legate de studii, de muncă, de aculturare sau de etapele vieţii.

b. Axa II cuprinde tulburările personalităţii şi foloseşte, de asemenea, la codificarea suferinţei mintale. În număr de zece, tulburările de personalitate constituie trei grupuri :

- grupul A cuprinde personalităţile paranoidă, schizoidă, schizotipică. Subiecţii ce prezintă aceste tulburări apar adesea ca bizari sau originali ;
- grupul B este constituit din patru tipuri de personalitate patologică : antisocială, de limită (*borderline*), histrionică, narcisistă. Aspectele comune personalităţilor ce aparţin acestui grup sînt tendinţa de dramatizare, emotivitatea şi un caracter neregulat, eratic, al conduitelor ;
- grupul C reuneşte personalităţile evitantă, dependentă şi obsesional-compulsivă. Subiecţii care prezintă unul din aceste tipuri de personalitate apar adesea ca anxioşi sau temători.

Axa II poate servi, de asemenea, la notarea trăsăturilor specifice unei personalităţi patologice sau la recurgerea frecventă la anumite mecanisme de apărare.

c. **Axa III** serveşte la notarea tulburărilor sau afecţiunilor fizice prezente la persoana evaluată, susceptibile de a avea importanţă în înţelegerea sau tratamentul cazului. În anumite cazuri, afecţiunea notată pe axa III poate avea o semnificaţie etiologică (de exemplu, o tulburare afectivă datorată unui hipotiroidism). În alte cazuri, afecţiunea fizică nu are o semnificaţie etiologică destul de clară sau nu are importanţă decît pentru atitudinea terapeutică (prezenţa, de exemplu, a unei aritmii cardiace la un pacient care suferă de depresie majoră).

d. **Axa IV** serveşte la codarea problemelor psihosociale şi de mediu care ar putea afecta diagnosticul, tratamentul şi pronosticul tulburărilor mintale codificate după Axele I şi II. Aceste probleme pot fi constituite de evenimente de viaţă negative, de dificultăţi sau deficienţe de mediu, de un stres familial sau interpersonal, de inadecvarea suportului social sau a resurselor personale etc. Identificarea de către clinician a problemelor psihosociale şi de mediu pertinente înlocuieşte deci evaluarea factorilor de stres psihosocial practicată în *DSM III-R* cu ajutorul unei scale de severitate.

e. **Axa V** serveşte la indicarea estimării globale de către clinician a funcţionării psihologice, sociale şi profesionale a persoanei evaluate. În acest scop, clinicianul foloseşte scala GAF[21]. Estimarea se face pe două perioade : actuală (la momentul examenului) şi pentru anul precedent. În al doilea caz trebuie notat nivelul cel mai înalt de funcţionare menţinut cel puţin cîteva luni de-a lungul anului precedent.

Autorii *DSM IV* oferă exemple de diferite niveluri de funcţionare dintre care vom extrage, în scop ilustrativ, situaţiile extreme :

- Cod 81-90 : „Simptome absente sau minime (de exemplu, anxietate uşoară înaintea unui examen), funcţionare satisfăcătoare în toate domeniile, interesată şi implicată într-o mare

varietate de activități, eficace din punct de vedere social, satisfăcută în general de viață, fără alte probleme sau preocupări decît grijile de zi cu zi (de exemplu, conflict ocazional cu membrii familiei sale)".

- Cod 1-10: „Pericol persistent de auto- sau hetero-agresiune gravă (de exemplu, accese repetate de violență) sau incapacitate durabilă de a menține o igienă corporală minimă sau gest suicidar prezentînd căutarea precisă a morții".

2. Criterii de diagnostic explicite

DSM III și *IV* se bazează pe un sistem operațional de criterii diagnostice. Acest lucru a fost motivat de necesitatea imperioasă de a îmbunătăți fidelitatea diagnostică, de obicei redusă, în psihiatrie (Spitzer & Fleiss, 1974).

Criteriile operaționale de includere și excludere într-o categorie diagnostică au fost introduse de așa-numita școală de la Saint-Louis (Feighner *et al.*, 1972). Aceste criterii vin să compenseze absența în psihiatrie a semnelor patognomonice și a examenelor de laborator (Bourgeois, 1985).

Criteriile diagnostice sînt descriptive. Definirea lor este precisă și univocă, fiind astfel comunicabilă. Ele au fost validate empiric și posedă o înaltă fidelitate inter-evaluatori (Pichot & Guelfi, 1985).

În Introducerea la *DSM III-R*, Spitzer și Williams (1989a) aduc două precizări importante. Prima se referă la faptul că, pentru majoritatea categoriilor, criteriile diagnostice se bazează pe inferențe clinice și nu au fost încă validate în totalitate. A doua precizare menționează o revizuire a criteriilor diagnostice pentru anumite categorii de tulburări – în special pentru tulburările de personalitate – și adoptarea unui demers diagnostic numit **politetic**. Aceasta înseamnă că diagnosticul unei tulburări necesită prezența unui număr precis de simptome printre cele ce figurează pe lista elaborată pentru tulburarea respectivă. Se precizează, în același timp, că nici unul dintre simptomele de pe listă nu este

indispensabil pentru a diagnostica tulburarea respectivă. Spitzer şi Williams consideră că politetismul criteriilor va îmbunătăţi fidelitatea inter-evaluatori în materie de diagnostic, comparativ cu un demers *monotetic* în care, pentru a face un diagnostic, este necesară prezenţa fiecărui simptom-criteriu. Acest lucru rămîne valabil şi pentru *DSM IV*.

Pentru a ilustra formularea criteriilor diagnostice şi modul lor de utilizare, să luăm drept exemplu tulburarea autistă (American Psychiatric Association, 1994*). Pentru acest diagnostic, *DSM IV* oferă o listă de 12 itemi grupaţi în trei clase.

(1) Alterarea calitativă a interacţiunilor sociale. Printre cei patru itemi ai acestei clase, itemul (b) este formulat astfel: „incapacitatea de a stabili cu cei de aceeaşi vîrstă relaţii adecvate nivelului său de dezvoltare".

(2) Alterarea calitativă a comunicării. Această clasă este constituită din patru itemi, dintre care al treilea are următorul conţinut: „folosirea stereotipă şi repetitivă a limbajului sau utilizarea idiosincrasică a cuvintelor sau frazelor".

(3) Restrîngerea sferei comportamentelor, intereselor şi activităţilor, cu tendinţă spre repetiţie şi stereotipie. Al patrulea item al acestei clase este formulat astfel: „preocupare persistentă pentru anumite părţi ale unui obiect".

Pentru a realiza un diagnostic de tulburare autistă, *DSM IV* indică drept necesare (criteriul A) prezenţa a cel puţin 6 din cei 12 itemi menţionaţi. În plus, este nevoie să fie prezenţi cel puţin doi itemi din grupul (1) şi cîte un item din grupul (2) şi respectiv (3). Autorii *DSM IV* menţionează, de asemenea, că tulburarea autistă trebuie să se manifeste înaintea vîrstei de trei ani, prin întîrzieri sau o funcţionare anormală în cel puţin unul dintre domeniile următoare: interacţiune socială, limbaj folosit în comunicarea socială, jocuri simbolice. Acesta constituie criteriul B. Se precizează, în sfîrşit (criteriul C), că tulburările decelate

* DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition)*, Washington: American Psychiatric Association.

trebuie să conducă mai curînd la diagnosticul de autism decît la cel de sindrom Rett sau Heller.

Să luăm acum cazul unei entități codate pe Axa II, personalitatea histrionică (numită isterică în alte clasificări), definită în *DSM IV* drept „mod general de răspuns emoțional excesiv și de căutare a atenției, apărut la începutul vîrstei adulte și prezent în contexte diverse, după cum arată cel puțin **cinci**" din cele opt manifestări menționate ulterior. În această listă figurează faptul că subiectul resimte „disconfort în situațiile în care el/ea nu se află în centrul atenției celorlalți" (nr. 1) ; faptul că „expresia sa emoțională este rapid schimbătoare și superficială" (nr. 3) sau că el este „sugestibil, adică ușor influențabil de către ceilalți sau de către circumstanțe" (nr. 7).

C. CRITICI ȘI PERSPECTIVE

1. Critici ale ateorismului

Respingerea de către autorii *DSM* a oricărei teorii care nu ar avea consecințe practice deranjează, fără îndoială, pe numeroși clinicieni europeni. Aceasta nu trebuie să ne surprindă, întrucît tradiția europeană pretinde elaborarea unor teorii psihopatologice generale, care să servească drept suport pentru nosologie.

Una din primele ținte ale criticii formulate după difuzarea în Franța a *DSM* a fost orientarea sa comportamentalistă, rezultat direct al ateorismului său. Această alunecare și consecințele sale sînt adesea menționate în publicațiile disponibile. Fiind ateoretică, spun unii autori, *DSM* nu utilizează abordarea structurală care caută să recunoască efectele unei structuri într-un tablou clinic dat. De aceea, *DSM III* nu se preocupă, în mod inevitabil, decît de „simptomele de suprafață"[22], adică de comportamente și, după cum subliniază Tremine *et al.* (1985), această referință comportamentalistă nu poate fi ascunsă sub umbrela agnosticismului.

În contextul comportamentalist menţionat trebuie, de asemenea, examinată problema includerii unei grile semiologice a trăsăturilor latente, problemă pusă de tulburările de personalitate descrise pe Axa II. Problema este de a şti, după cum arată Widlöcher (1985), din ce moment anumite date observabile sau deductibile din situaţia psihanalitică pot fi regăsite în condiţiile standard de examen.

Cotarea pe simptome şi repertoriul redus de itemi, consideră unii critici ai *DSM*, ar obliga pe clinician, atunci cînd realizează un diagnostic, să nu aleagă simptomele decît dintre cele care îi sînt oferite (Tremine *et al.*, 1985). Legat direct de aceasta, să menţionăm criticile vizînd recurgerea continuă şi cvasisistematică la cuantificare, pentru a defini simptomele după regula „totul sau nimic", pentru a valida anumite simptome în funcţie de durata lor, pentru a afirma un sindrom atunci cînd este atins un anumit număr de semne[23]. Este vorba aici de un aspect ce surprinde pe numeroşi clinicieni francezi care subliniază tocmai faptul că atunci cînd cuantificarea devine determinantă, aceasta se face cu riscul pierderii de informaţie.

Alunecarea spre o orientare comportamentalistă nu este singurul argument propus pentru a demonstra că obiectivul de a prezenta o psihopatologie ateoretică este departe de a fi atins în *DSM*. Vorbind despre aceasta, Pelsser (1989) scria că *DSM III*, în ansamblul său, se fundamentează pe numeroase postulate teoretice implicite care ar putea fi puse în discuţie. Pellet *et al.* (1985) subliniază în special abundenţa formulărilor „datorat", „imputabil", prezente în mod regulat în enunţul criteriilor diagnostice, formulări care lasă loc dubiilor privind ateorismul *DSM*. Realitatea acestei remarci făcute în cursul reuniunii privind *DSM III* şi psihiatria franceză (Paris, 1984) a fost admisă de Spitzer, care anunţa că o schimbare de formulare este luată în calcul (*cf.* Samuel Lajeunesse, 1985). Şi totuşi, formulări precum cele menţionate mai sus continuă să apară şi în *DSM IV*, de fiecare dată cînd dovezile empirice o permit.

După ce a examinat bazele conceptuale ale mai multor categorii diagnostice, Singer (1985) scrie că ateorismul *DSM III* nu

este decît o iluzie. Noţiunea de schizofrenie ar rezulta dintr-un compromis între conceptele lui Kurt Schneider şi, parţial, cele ale lui Bleuler. În categoria „stări anxioase" predomină conceptele comportamentaliste şi biologice. În fine, Singer notează că unele concepte psihodinamice[24] persistă în stările somatoforme şi în tulburările de conversie.

Toate acestea ar putea să ne conducă în mod justificat la întrebarea dacă ateorismul nu ascunde existenţa unui politeorism real[25], profund ancorat în structura *DSM*. O astfel de ipoteză este alimentată de afirmaţiile a numeroşi autori. Berner *et al*. (1983), de exemplu, consideră că *DSM III* a dezvoltat un sistem de clasificare de compromis, care îi afectează logica şi claritatea. Singer (1985) merge mult mai departe atunci cînd notează: „compromisul se bazează adesea pe un conglomerat eteroclit de criterii provenind de la autori diferiţi şi din şcoli diferite, care riscă să utilizeze în mod diferit aceste aporturi".

2. *Perspective*

În ciuda difuzării largi a *DSM*, constatăm astăzi că nosologia traversează o perioadă de relativă instabilitate, rezultat nu doar al criticilor la adresa ultimelor ediţii ale manualului APA, ci şi al multiplicării sistemelor de clasificare[26]. La acestea se adaugă proliferarea sistemelor operaţionale de criterii diagnostice pentru anumite entităţi clinice cum ar fi schizofrenia şi tulburările afective, situaţie care generează riscul ca fiecare cercetător să utilizeze o definire diferită a entităţilor supuse studiului.

În acest context dificil, diverşi autori au preconizat o **abordare polidiagnostică** în măsură să înglobeze mai multe sisteme operaţionale şi să permită astfel eliminarea inconvenientelor unui sistem unic. Kendell (1982), de exemplu, sugerează utilizarea simultană a două sau trei sisteme. LICET constituie o tehnică ce permite utilizarea simultană a mai multor sisteme diferite de clasificare (Pull & Boyer, 1985). Ea este compusă din mai multe Liste Integrate de Criterii de Evaluare Taxinomice. LICET nu impune nici un criteriu clinicianului care este, din contra, invitat

să-şi formuleze diagnosticul după propriul său obicei. Numai după aceea el completează lista (sau listele) de criterii corespunzînd grupelor de tulburări vizate. Listele disponibile LICET-S (Pull *et al.*, 1981)[27] şi LICET-D (Pull *et al.*, 1984) reunesc ansamblul criteriilor propuse în zece sisteme diferite utilizate în domeniul psihozelor non-afective (în principal schizofrenia) şi, respectiv, şapte sisteme diferite utilizate în diagnosticul depresiei. Pentru fiecare dintre clasificările reţinute, analiza datelor se face după un arbore de decizie.

O altă perspectivă – complementară, cel puţin un timp, abordării polidiagnostice prezentate mai sus – o constituie dezvoltarea şi perfecţionarea *DSM*. Apariţia la doar şapte ani după *DSM III-R*, a unei forme profund revizuite (*DSM IV*) arată că această nosologie şi nosografie psihopatologică nu este o lucrare intangibilă. Pregătirea *DSM IV* a suscitat numeroase polemici, după cum dovedesc, de exemplu, scrisoarea adresată editorului revistei *Archives of General Psychiatry* de către Taylor (1989) – ca urmare a articolului în care Spitzer & Williams (1988) lansau un apel pentru propuneri în vederea elaborării *DSM IV* – şi răspunsul acestor autori (Spitzer & Williams, 1989b)[28]. Tonul ferm al acestor schimburi epistolare prevestesc polemicile provocate de noua ediţie a *DSM* şi, în special, dezbaterile pe tema „sindromului premenstrual" sau al „personalităţii dependente", în special între femeile psihiatre, precum şi criticile generate de faptul că totul se schimbă foarte repede (prea repede!) şi că asistăm la o „depreciere planificată".

La toate acestea se poate răspunde că există aici, fără îndoială, premisele unei reale ameliorări a *DSM* ca instrument utilizabil şi util în practica şi cercetarea din psihopatologie. Comparat de către Pichot (1985) cu unul dintre marile evenimente ale sfîrşitului secolului al XIX-lea (a şasea ediţie a *Tratatului* lui Kraepelin), considerat de Pichot & Guelfi (1985) drept criticabil, dar imposibil de ignorat, *DSM*, în ciuda lacunelor şi impreciziilor sale, defineşte o abordare ateoretică a psihopatologiei, al cărei cîmp se va restrînge pe măsură ce cunoştinţele noastre etiologice vor progresa.

REZUMAT

Psihopatologia în cadrul căreia descrierea tulburărilor se doreşte ateoretică a fost creată în Statele Unite, o dată cu elaborarea celei de-a doua şi, ulterior, a celei de-a treia ediţii a *Manualului diagnostic şi statistic al tulburărilor mintale*, cunoscute sub numele de *DSM II* şi *DSM III*. Abordarea ateoretică vizează depăşirea limitelor cunoştinţelor noastre actuale privind etiologia tulburărilor psihice şi facilitarea comunicării între clinicieni cu orientări teoretice diferite.

În cazul *DSM III* şi *DSM IV*, adoptarea unui sistem multiaxial de diagnostic este consecinţa ateorismului etiologic ce a făcut necesară înregistrarea ansamblului informaţiilor disponibile : tulburările mintale (Axele I şi II), tulburările sau afecţiunile fizice prezente la persoana evaluată şi susceptibile de a avea importanţă în înţelegerea sau tratamentul cazului (Axa III), problemele psiho-sociale şi de mediu care ar putea influenţa diagnosticul, tratamentul sau pronosticul tulburărilor mintale (Axa IV) şi, în fine, funcţionarea psihologică, socială şi profesională a persoanei evaluate (Axa V).

Pentru a ameliora fidelitatea diagnostică, *DSM III* şi *IV* se bazează pe un sistem operaţional de criterii diagnostice. Aceste criterii sînt descriptive, definirea lor este precisă şi univocă. Ele au fost validate empiric şi posedă o înaltă fidelitate inter-evaluatori. Aceste criterii se bazează totuşi pe un raţionament clinic şi nu au fost încă validate complet.

Ateorismul *DSM* este ţinta diferitelor critici. Printre acestea se află orientarea sa comportamentalistă, faptul că nu se interesează decît de „simptomele de suprafaţă". Unii autori remarcă faptul că obiectivul de a prezenta o psihopatologie ateoretică este departe de a fi atins în *DSM*. De fapt, acesta s-ar baza pe numeroase postulate teoretice implicite. Unii autori merg pînă la a se întreba dacă ateorismul afişat nu ascunde existenţa unui politeorism real, profund ancorat în structura *DSM*.

În ciuda tuturor acestor critici, *DSM* poate fi un instrument util în practica şi cercetarea psihopatologică. *DSM* defineşte o abordare ateoretică a psihopatologiei, al cărei cîmp se va restrînge pe măsură ce cunoştinţele noastre vizînd etiologia tulburărilor mintale vor progresa.

NOTE

1. O primă variantă a *DSM III* a fost prezentată în 1975, în cadrul unei sesiuni speciale a reuniunii anuale a APA. Ulterior, în cadrul fiecărei reuniuni anuale, o sesiune specială a fost consacrată unui aspect anume al *DSM III*.
2. O serie de cercetări de teren a fost condusă începînd din 1977. Cea mai importantă a durat doi ani (1977-1979).
3. În Introducerea la *DSM III*, Spitzer (1985, p. 10) scrie: „Abordarea aleasă în *DSM III* este ateoretică în ceea ce priveşte etiologia şi fiziopatologia, cu excepţia tulburărilor pentru care acestea sînt clar stabilite, şi deci incluse în definiţie. Cu timpul, nimeni nu se îndoieşte că vor fi descoperite pentru unele tulburări de etiologie necunoscută, etiologii biologice specifice, pentru altele cauze psihologice specifice, iar pentru altele o interacţiune de factori psihologici, sociali şi biologici".
4. Termenul de „agnosticism" desemnează fie atitudinea ce constă în a considera orice metafizică (ontologică) drept fără valoare, fie ansamblul doctrinelor filosofice (în special relativismul sau pozitivismul) ce admit existenţa unui nivel al realităţii ce nu poate fi cunoscut prin însăşi natura sa.
5. În *DSM III-R*, „fiecare tulburare mintală este concepută ca un sindrom sau un ansamblu comportamental sau psihologic semnificativ clinic" (p. 453).
6. Spre deosebire de tulburarea mintală, noţiunea de boală mintală implică o etiologie şi o patogenie specifice.
7. Termenul de nosografie desemnează clasificarea metodică a bolilor.
8. Sindromul Briquet este o paralizie diafragmatică de origine isterică.
9. Punctul de vedere neo-kraepelinian se referă, de asemenea, la existenţa unei frontiere între normalitate şi boală, precum şi la existenţa reală a bolilor mintale (care nu sînt mituri). Pentru neo-kraepelinieni, cercetarea vizînd ameliorarea fidelităţii şi validităţii diagnosticului şi a clasificării ar trebui să folosească tehnicile avansate ale cercetării cantitative.
10. În cercetarea şi practica clinică actuală, majoritatea neo-kraepelinienilor subliniază, de fapt, bazele biologice ale tulburărilor mintale şi sînt neutri, ambivalenţi sau uneori chiar ostili abordărilor psihiatrice psihodinamice, interpersonale şi sociale.
11. Cei care, conform clasificării lui Engel (1977), pot fi desemnaţi ca excluzionişti – reprezentaţi de susţinătorii ideilor lui Thomas Szasz (1975) –, neagă noţiunea însăşi de boală mintală. Raţionamentul lor este următorul: (a) dacă, pe de o parte, tulburările psihice pot fi reduse la alterări neurochimice, ele ţin de domeniul medicinei în general şi de al neurologiei în special; (b) dacă, pe de altă parte, aceste tulburări nu pot fi explicate prin alterări neurobiologice, ele sînt rezultatul problemelor existenţiale, care nu mai ţin de domeniul medicinei.

12. Charles Sanders Peirce (1839-1914), filosof american al ştiinţei şi matematician, a prezentat în 1873, în cadrul unei reuniuni a „Clubului metafizic" pe care îl fondase împreună cu un număr de prieteni la Cambridge (Massachusetts), un articol în care formula pentru prima oară principiile de bază ale pragmatismului. Articolul a fost ulterior remaniat şi transformat în două texte: „Stabilirea credinţei" şi „Cum să ne facem ideile clare", reproduse în 1877 şi 1879 în *Popular Science Monthly*. Al doilea articol fusese iniţial scris în franceză pentru *Revue philosophique*, unde a apărut în 1879. Titlul său se referea la doctrinele lui Descartes şi Leibnitz privind ideile clare şi distincte. Peirce susţinea ideea conform căreia criteriul clarităţii şi distincţiei (în sensul folosit de Descartes şi Leibnitz) trebuie subordonat unei a treia condiţii, „al treilea nivel de claritate a cunoaşterii", formulat în „Cum să ne facem ideile clare" drept „principiu al pragmatismului": „Să luăm în calcul care sînt efectele practice pe care credem că obiectul concepţiilor noastre le poate produce. Conceperea tuturor acestor efecte este conceperea completă a obiectului".

13. În *DSM III* (p. 305), homosexualitatea ego-distonică era caracterizată printr-o „dorinţă de a obţine sau a creşte o excitaţie de tip heterosexual pentru a putea iniţia şi menţine relaţii heterosexuale", iar pe de altă parte, prin „existenţa manifestă a unui mod de excitare de tip homosexual, descris explicit de către subiectul însuşi ca fiind contrară propriei voinţe şi sursă permanentă de suferinţă".

14. Motivele acestei decizii au fost multiple: (a) categoria homosexualitate ego-distonică putea da de înţeles că homosexualitatea însăşi ar fi considerată drept o tulburare; (b) conceptul de homosexualitate ego-distonică a fost rar folosit în clinică, fiind foarte puţin utilizat în publicaţiile ştiinţifice; (c) programele ce vizau ajutarea bisexualilor spre a deveni heterosexuali nu s-au referit la acest diagnostic; (d) observaţiile conduse în Statele Unite au arătat cum toţi homosexualii trec printr-o fază în care homosexualitatea lor este ego-distonică.

15. Această categorie cuprinde: întîrzierea mintală (codificată totuşi pe Axa II), tulburările de învăţare, tulburările de aptitudini motorii, tulburările de limbaj şi de vorbire, tulburările copleşitoare ale dezvoltării (autism, sindromurile Rett, Heller şi Asperger), deficitul de atenţie şi comportamentul perturbator, tulburările de alimentaţie care se manifestă în cursul primei copilării, ticurile, tulburările conduitei excremenţiale, precum şi subcategoria alte tulburări.

16. Sînt incluse în această categorie atacurile de panică (cu sau fără agorafobie), agorafobia fără antecedente de atacuri de panică, fobia specifică, fobia socială, tulburarea obsesional-compulsivă, stresul post-traumatic, stresul acut, tulburarea anxioasă datorată unei afecţiuni sau unei tulburări fizice, anxietatea provocată de substanţe psihoactive.

17. Această categorie grupează somatizarea, tulburările somatoforme nediferenţiate, conversia, tulburările dureroase, ipohondria şi teama de o dismorfie corporală.

18. Este vorba de tulburările caracterizate de simptome fizice sau psihice produse cu un anumit scop sau simulate.

19. Sînt incluse în această categorie amnezia disociativă, fuga disociativă, identitatea disociată (denumită, anterior, personalitate multiplă) şi depersonalizarea.

20. Fac parte din această categorie : tulburarea explozivă intermitentă, cleptomania, piromania, jocul patologic şi tricotilomania.

21. Scala GAF sau EGF (Evaluarea Generală a Funcţionării) este o revizuire a scalei de evaluare globală (GAS) şi a scalei de evaluare globală a copiilor (CGAS) care constituie, la rîndul lor, revizuiri ale scalei de evaluare sănătate-boală.

22. Pentru unii critici, alegerea deliberată de către autorii *DSM III* a unui nivel semiologic în sensul medical al cuvîntului, ar impune acceptarea a ceea ce se vede, fără o preocupare pentru explorare. În acest mod, funcţia semnificativă a simptomului este redusă la minim. Se ştie însă că în psihanaliză, ca şi în psihosomatică, simptomul nu are valoare absolută (Wiener, 1985). Într-un articol consacrat aplicării *DSM III* în psihiatria copilului, Lefèvre *et al.* (1983) scriu că „tulburarea psihopatologică fundamentală nu este simptomul (fără a-i neglija însă incidenţa specifică), ci patologia Eului subiacent, iar diferenţele nu se situează atît la nivelul simptomelor şi comportamentelor cît la cel al posibilităţilor de mobilizare a personalităţii subiacente" (p. 468).

23. Tremine *et al.* (1985) notează că deşi astfel de metode sînt folosite de autorii *DSM III* pentru a elimina subiectivitatea, aceasta persistă în alegerea cantităţilor.

24. De fapt, poziţia *DSM* faţă de teoria psihanalitică este cu mult mai complexă. Widlöcher (1985) notează că sistemul de clasificare a nevrozelor în *DSM III* nu este neutru şi descriptiv : el arată abandonarea referinţelor exclusive la psihopatologia psihanalitică şi influenţa noilor puncte de vedere din patogenie. În acelaşi timp, preocuparea de a îndepărta orice referinţă la o teorie explicativă sau la ipoteze etiologice neverificabile imediat, precum şi utilizarea exclusivă a datelor empirice identificabile de către toţi clinicienii pot apărea, după cum scrie Widlöcher (1985), drept o critică la adresa influenţei psihanalizei. Această critică nu a rămas, se pare, fără replică. În sinteza finală a reuniunii de la Paris privind *DSM III* şi psihiatria franceză, Samuel-Lajeunesse (1985) remarcă faptul că aspectul pur descriptiv al *DSM III* creează controverse mai aprinse la participanţii care aparţin unei orientri dinamice în psihopatologie.

25. Samuel-Lajeunesse (1985) citat de M. de Bonis, care sublinia că nu se poate confunda ateorismul total şi politeorismul.

26. Printre sistemele de clasificare franceze, pot fi citate „Clasificarea INSERM" (1968) şi „Sistemul de documentare psihiatrică automatizat" (SDPA), sistem multiaxial ce funcţionează din 1976 în serviciile de psihiatrie din regiunea pariziană, elaborat de Barrois, Bazot, Moutin şi Vincent (cf. Lefebvre *et al.*, 1985).

27. LICET-S reuneşte 70 de criterii, fiecare fiind propus în cel puţin unul dintre următoarele sisteme : (1) criteriile evolutive ale lui Kraepelin ; (2) simptomele fundamentale ale lui Bleuler ; (3) simptomele de gradul întîi ale lui Kurt Schneider ; (4) simptomele procesuale ale lui Langfeldt ; (5) criteriile de la Saint-Louis ; (6) indexul schizofrenic de la New Haven ; (7) criteriile lui Taylor ; (8) simptomele discriminante ale Studiului Pilot Internaţional asupra Schizofreniei ; (9) criteriile sindromului axial schizofrenic conform şcolii din Viena ; (10) criteriile *DSM III* pentru tulburările schizofrenice, tulburările paranoice şi tulburările psihotice neîncadrate în altă parte (Pull & Boyer, 1985).

28. În cadrul acestei polemici, Taylor (1989) critică frecventele schimbări ale *DSM* şi îl citează pe Jampala *et al.* (1986, 1988), care sublinia dificultăţile provocate deja de învăţarea unei singure variante a acestui manual. În răspunsul lor, Spitzer şi Williams (1989b) apără principiul unei revizii periodice a *DSM*, al ameliorării sale continue pe baza progreselor ştiinţifice şi a rezultatelor aplicării pe teren a *DSM*. După Spitzer şi Williams, problema imperfecţiunii clasificării nu este specifică psihiatriei. Un specialist recunoscut al nosografiei, Feinstein (1988), observa recent starea ştiinţifică „deplorabilă" a clasificării din medicina clinică, aşa cum apare ea în Clasificarea Internaţională a Bolilor.

CAPITOLUL 2

Psihopatologie behavioristă

Articolul lui Watson, intitulat „Psihologia aşa cum o vede un behaviorist", considerat a fi manifestul a ceea ce avea să devină unul din curentele importante ale psihologiei, a apărut în 1913[1]. În cele aproape nouă decenii care s-au scurs de atunci, dezvoltarea behaviorismului şi, prin urmare, a abordării behavioriste asupra psihopatologiei a urmat mai multe direcţii, dintre care trei sînt mai importante[2]. De fapt, după cum sublinia Maher (1966), mult timp nu a existat un veritabil „model behaviorist" integrat al psihopatologiei. Dispunem însă de o mare cantitate de date privind diferitele tipuri de răspunsuri umane.

Prima orientare în dezvoltarea behaviorismului este bazată pe studiile asupra condiţionării clasice, legate de cercetările lui Ivan Petrovici Pavlov. În cadrul acestui tip de condiţionare, un stimul neutru (sunetul unui clopoţel, de exemplu) prezentat de un număr suficient de ori în acelaşi timp cu un stimul necondiţionat (hrana), ajunge să declanşeze un răspuns similar cu cel declanşat de stimulul necondiţionat.

De-a lungul activităţii sale ştiinţifice, Pavlov a fost preocupat de bolile mintale. Spre sfîrşitul vieţii el a elaborat o carte asupra reflexelor condiţionate şi psihiatriei, publicată în engleză în 1941. Cercetările efectuate în laboratorul său privind nevrozele experimentale sînt prezentate în capitolul 10 al acestui volum.

Paradigma condiţionării clasice este utilizată în cercetările curentului sud-african de terapie behavioristă, reprezentat în special de Joseph Wolpe (Wolpe, 1959, 1969; Wolpe şi Lazarus,

1966), precum şi de şcoala engleză de terapie comportamentală, care, la iniţiativa lui Shapiro (1951), va începe studiul experimental al cazurilor clinice, la departamentul de psihologie al spitalului Maudsley din Londra. Această iniţiativă a fost puternic încurajată de directorul acestui departament, Eysenck, cel mai cunoscut reprezentant al şcolii engleze (Eysenck, 1960, 1964).

A doua orientare în dezvoltarea behaviorismului este cea privind condiţionarea operantă sau instrumentală, elaborată de Thorndike şi Skinner (Skinner, 1953, 1971) şi prezentată publicului francofon de Richelle (1972), într-o lucrare devenită clasică. Pentru reprezentanţii acestui curent, răspunsul este emis spontan de organism şi determină o schimbare în mediu. Răspunsurile sînt emise cu o anumită frecvenţă, iar probabilitatea lor de apariţie creşte dacă ele sînt întărite[3]. După Skinner, orice comportament este controlat de consecinţele sale asupra mediului. Mediul are deci un rol fundamental în behaviorismul skinnerian: el selecţionează anumite răspunsuri ale organismului.

Ultima orientare în dezvoltarea behaviorismului este reprezentată de behaviorismul de a treia generaţie, denumit social sau paradigmatic[4]. Elaborat de Staats[5], acest behaviorism se prezintă ca o teorie ierarhică cu mai multe niveluri[6], teorie ce constituie o tentativă de unificare a diferitelor curente ale psihologiei. Al cincilea nivel în teoria lui Staats este atribuit comportamentului anormal. Valoarea demersului lui Staats, precum şi faptul că psihopatologii de limbă franceză cunosc mai puţin această nouă abordare[7] explică de ce o parte a acestui capitol este consacrată behaviorismului social sau paradigmatic. Această parte este precedată de o foarte scurtă expunere a elementelor de bază ale abordării behavioriste clasice asupra comportamentelor anormale. Prezentări detaliate ale acestei abordări sînt disponibile în volumele consacrate în principal utilizării terapeutice a behaviorismului, semnate de Seron, Lambert şi Van Der Linden (1977), Ladouceur, Bouchard şi Granger (1977), Fontaine (1978), Cottraux (1984), Fontaine, Cottraux şi Ladouceur (1984), Leveau *et al.* (1989).

A. ABORDAREA BEHAVIORISTĂ A COMPORTAMENTELOR ANORMALE

În optica behavioristă, comportamentele anormale şi normale sînt dobîndite şi menţinute prin mecanisme identice şi urmînd legile generale ale învăţării (Seron *et al.*, 1977)[8]. Publicaţiile disponibile ne oferă un mare număr de exemple de dobîndire, prin învăţare, a tulburărilor psihopatologice. În special Paul şi Bernstein (1973) constată existenţa a trei moduri de dobîndire a răspunsurilor anxiogene inadaptate. Alţi autori discută modelele comportamentale ale achiziţiei unei fobii (Mollard şi Cottraux, 1984), a obsesiilor-compulsiilor (Cottraux *et al.*, 1984) sau a conduitelor inadaptate ale copilului (Forget şi Otis, 1977).

Behavioriştii resping orice fel de cauză internă drept cauză ultimă a comportamentului şi leagă apariţia oricărui comportament de mediu. Aceasta explică importanţa acordată analizei funcţionale a comportamentului anormal, analiză destinată să precizeze variabilele de mediu ce se află în relaţie cu respectivul comportament. O astfel de analiză se realizează cu ajutorul informaţiilor culese prin diverse tehnici (Bouchard *et al.*, 1980).

După o definire operaţională a comportamentului studiat, clinicianul încearcă să determine durata, frecvenţa sau intensitatea acestuia. El va încerca, de asemenea, să precizeze condiţiile specifice de mediu care preced, însoţesc sau urmează comportamentele studiate. Aceasta permite precizarea stimulilor care preced comportamentul vizat, descrierea acestui comportament (în termeni de frecvenţă, durată sau intensitate) şi stabilirea consecinţelor sau modificărilor de mediu ce apar imediat după comportamentul studiat.

Pentru a atinge acest obiectiv, cercetătorul poate folosi, cu sau fără un alt observator independent, o examinare directă, prin modalităţi cum ar fi observarea continuă (în care se notează tot ce se întîmplă), observarea de tip evenimenţial (care constă în înregistrarea frecvenţei comportamentului), observarea duratei comportamentului, observarea pe interval temporal sau eşantion de timp[9].

Atunci cînd observarea în mediu natural este dificilă sau imposibilă, clinicianul poate realiza observaţii de laborator, simulînd pe cît posibil o situaţie analogă.

Alte metode utilizate pentru a realiza analiza comportamentelor sînt: (a) auto-observarea (subiectul îşi notează el însuşi frecvenţa sau durata comportamentelor sale inadaptate); (b) convorbirea care, în acest context, este directivă şi centrată pe obţinerea de informaţii concrete specifice şi pertinente (întrebările încep prin „cum?", „cînd?", „unde?", „ce?"); (c) jocul de rol, considerat drept o alternativă interesantă la observarea comportamentului în mediu natural; (d) chestionare vizînd obţinerea unui eşantion din ceea ce face subiectul în diverse situaţii precise[10]; (e) măsurări fiziologice ce permit aprecierea valorii emoţionale a unei situaţii.

Poziţia behaviorismului în legătură cu apariţia tulburărilor psihopatologice a condus la elaborarea unei serii de tehnici cu scopul eliminării comportamentelor calificate drept patologice, deviante, inadaptate sau indezirabile. Aceste tehnici sînt cunoscute sub numele de terapie comportamentală sau modificarea comportamentului[11]. Conduse după reguli precise şi implicînd o monitorizare continuă, tehnicile de terapie comportamentală se centrează pe simptomele pacienţilor. Dispariţia simptomului-ţintă nu înseamnă doar că tehnica utilizată este bună. Ea validează în acelaşi timp poziţia teoretică subiacentă terapiei comportamentale[12]. Ori, pentru adversarii abordării behavioriste a psihopatologiei, simptomul nu este decît semnul unui conflict intern, nu este decît soluţia cea mai economică pe care pacientul a găsit-o pentru a rezolva parţial acest conflict. În aceste condiţii, a trata simptomul nu afectează în nici un fel conflictul-cauză. Din acest motiv, adversarii terapiei comportamentale vorbesc de substituţia simptomelor: dispariţia simptomului-ţintă conduce la apariţia unui nou simptom, care este mai inadaptat, mai dezorganizant decît precedentul. În analiza pe care o fac asupra **substituţiei simptomelor**, Seron *et al.* (1977) notează că Yates (1958), Eysenck (1959) şi Rachman (1963) au constatat pe un mare număr de bolnavi faptul că substituţia este rară[13]. Ea nu ar apărea

decît la 5-10% dintre pacienţi, iar pentru aceştia pot fi propuse şi alte explicaţii (provenind, de asemenea, din teoria behavioristă) :

- noul simptom este rezultatul apariţiei unor condiţii de mediu imposibil de controlat sau de prevăzut pe parcursul terapiei ;
- întrucît terapia behavioristă vizează un comportament-ţintă, probabil cel mai important dintr-o serie ierarhizată de comportamente inadaptate, dispariţia acestui comportament-ţintă ar fi revelatoare pentru cele ce îl urmează în această serie.

Este posibil, de asemenea, ca însuşi comportamentul-ţintă să reapară atunci cînd terapia nu a luat în calcul toţi stimulii ce controlează apariţia sa. Este normal deci ca în condiţiile în care aceşti stimuli se manifestă, comportamentul să reapară. Aceasta se întîmplă în special atunci cînd mediul nu este favorabil schimbării produse în context terapeutic.

B. BEHAVIORISMUL PARADIGMATIC SAU SOCIAL

Staats a adus contribuţii importante în domeniul nosologiei şi nosografiei psihopatologice, precum şi în cel al comprehensiunii proceselor de dobîndire şi menţinere a comportamentelor anormale. Poziţia sa în materie de nosografie constituie o reacţie faţă de categoriile tradiţionale considerate drept inadecvate. Din 1963, Staats propune o nosografie în care comportamentul anormal este abordat în termeni „de lacune comportamentale, de comportamente incorecte, de control incorect al stimulului şi de sisteme inadecvate de întărire". Mai tîrziu, Staats (1986) notează că această primă taxonomie a comportamentului anormal[14] este prescurtată şi expeditivă. Constatînd că datele care să-i permită să completeze un sistem behaviorist de descriere şi clasificare a comportamentelor anormale nu sînt încă disponibile, el propune totuşi o serie de modificări şi completări la schema iniţială.

Comportamentele anormale sînt grupate, de data aceasta, în două categorii de bază :

- lacunele comportamentale, categorie ce reuneşte comportamentele care, prin absenţa lor, dăunează adaptării persoanei la mediul său social sau fizic ;
- comportamentele incorecte sau inadecvate, care dăunează adaptării prin prezenţa lor.

Statutul celorlalte categorii din clasificarea iniţială, cea a controlului incorect al stimulului şi al sistemelor de întărire inadecvate este reexaminat, ele fiind considerate acum drept subdiviziuni ale celor două categorii de bază.

Lacunele comportamentale şi comportamentele incorecte pot surveni într-una din cele trei sfere ale personalităţii descrise de Staats : (a) sistemul A-R-D (emoţional-motivaţional) ; (b) sistemul lingvistic şi (c) repertoriile instrumentale[15]. Această punere în relaţie a categoriilor de comportamente anormale şi a sferelor personalităţii derivă din concepţia lui Staats, conform căreia personalitatea este constituită din repertorii comportamentale de bază. În aceste condiţii, una din sarcinile importante ale psihopatologiei este studierea cazurilor de boli mintale în termeni de personalitate, deci de repertorii comportamentale de bază, examinînd ulterior fiecare sferă a personalităţii în termeni de lacune comportamentale sau de comportamente incorecte. În paragrafele ce urmează, vor fi utilizate trei exemple pentru a ilustra această manieră de abordare a tulburărilor psihopatologice.

- Lipsa interesului, a ambiţiei, a scopurilor, precum şi indiferenţa afectivă întîlnite la pacienţii ce prezintă o schizofrenie sînt interpretate drept lacune ale sistemului emoţional-motivaţional. Este situaţia contrară celei a unei persoane motivate şi interesate de ceva, care a învăţat să dea răspunsuri emoţionale pozitive intense la anumiţi stimuli întîlniţi anterior, în decursul vieţii. Aceşti stimuli devin ulterior scopuri şi determină la acea persoană comportamente de lungă durată, continui şi pretenţioase. Aceşti stimuli emoţionali sau reprezentarea lor (aşa cum o găsim în limbaj, de exemplu) au o funcţie directivă

şi servesc la recompensarea şi, în consecinţă, menţinerea comportamentului actual al persoanei.

- Mecanismele de apărare, puse în evidenţă şi studiate în cadrul abordării psihanalitice, constituie comportamente verbale. Cînd o persoană face apel aproape exclusiv la astfel de secvenţe verbale, ea este lipsită de mijloacele ce îi permit să gîndească, să raţioneze, să planifice şi să ia decizii adaptate la realitate. În asemenea condiţii, mecanismele de apărare apar drept comportamente incorecte ce se manifestă la nivelul sistemului lingvistic (sau lingvistic-cognitiv) al personalităţii.
- Numeroşi pacienţi psihotici spitalizaţi prezintă lacune la nivelul repertoriilor de comportamente instrumentale. Lacune severe privind abilităţile sociale pot conduce chiar la spitalizarea permanentă a acestor pacienţi. Staats (1986) notează că uneori, în clinică, nu sînt luate în considerare decît comportamentele care apar drept problematice în ochii comunităţii, neglijîndu-se astfel alte lacune la nivelul comportamentelor instrumentale. Aceasta poate avea consecinţe importante asupra dinamicii dobîndirii unor comportamente instrumentale necesare adaptării pacientului la mediul său social sau fizic.

În cadrul abordării comportamentului normal, Staats (1986) insistă asupra importanţei istoricului învăţării pacientului. Studiind acest istoric, clinicianul ar trebui să se intereseze de condiţiile de învăţare pe care Staats le descrie drept lacunare sau inadecvate.

Pentru a ilustra efectele mediilor lacunare, Staats reia cazul publicat anterior de Cameron şi Garner (1951), al unui tînăr diagnosticat ca avînd o psihopatie constituţională.
Pacientul, care se găsea în închisoare pentru că falsificase cecuri, avea o atitudine moralistă: „El admite la început fapta sa, recunoaşte că a fost incorectă şi îşi cere scuze". Cameron şi Garner sînt de părere că indulgenţa excesivă a mamei pacientului (care îl idolatriza) şi protecţia excesivă din partea familiei sale stau la baza problemelor lui. În orice situaţie tensionată cu ceilalţi copii sau cu profesorii, mama şi surorile „îi dădeau de înţeles că el a avut dreptate, iar ceilalţi au greşit". Atunci cînd profesorii le-au

împărtăşit „cît de dificil este să ai încredere în acest copil", mama şi surorile sale au fost indignate „susţinnd că astfel de afirmaţii sînt false...". Pacientul a lucrat timp de trei ani în marina comercială, de unde a trebuit să plece „fiind indezirabil". Căsătorit între timp cu o femeie mai în vîrstă, fostă profesoară, pe care o impresionase povestindu-i aventuri false, el se întoarce în mijlocul familiei împreună cu soţia sa. Descoperindu-i minciunile, soţia le iartă, considerîndu-le drept „mici exagerări". După întoarcerea acasă a fost arestat pentru prima oară, într-unul din statele vecine. În această situaţie, mama şi soţia sa au mers peste tot unde el semnase cecuri false şi au plătit sumele respective, făcînd posibilă eliberarea sa.

După Staats, acest caz demonstrează modul în care un mediu lacunar poate determina pe de o parte comportamente anormale, iar pe de altă parte lacune în repertoriile de comportamente ale sferelor personalităţii. Datorită atitudinii mediului său familial, pacientul nu a avut ocazia să trăiască situaţiile în care copiii învaţă în mod obişnuit să nu prezinte conduite aversive la adresa celorlalţi (Staats, 1963). În acelaşi timp, ar fi vorba despre lacune (legate de caracteristicile mediului de viaţă al copilului) în achiziţia anumitor stimuli verbali aversivi („nu fă...", „periculos", „opreşte", „interzis", „ilegal" etc.), stimuli care provoacă răspunsuri emoţionale negative ce suscită răspunsuri instrumentale de evitare, care diminuează comportamentele antisociale (Staats, 1963). Ar mai fi prezente aici ceea ce Staats (1963) numea lacune în învăţarea secvenţelor de raţionament ce permit evitarea comportamentelor ce determină pedepse. Ansamblul acestor elemente evocate arată că lacunele mediului afectează dezvoltarea adecvată a sistemelor A-R-D (emoţional-motivaţional) şi lingvistic-cognitiv, ceea ce explică (cel puţin în parte) dificultăţile pacientului.

Cazul de psihopatie prezentat mai sus, precum şi alte exemple ce pot ilustra efectul mediilor inadecvate de învăţare, ne permit să înţelegem în ce mod un subiect a dobîndit un comportament anormal. O altă problemă, de asemenea fundamentală, este cunoaşterea mediului care menţine comportamentul în cauză.

Pornind de la conceptul de „paradox nevrotic" elaborat de Mowrer (1950) pentru a defini menţinerea, în absenţa consecinţelor pozitive, a comportamentelor de aversiune, devalorizante şi nefuncţionale asociate nevrozelor, Staats (1986) consideră că, în interacţiunile lor cu pacienţii, specialiştii pot „alimenta" simptomele care îi interesează. Mai multe observaţii în acest sens (Staats, 1957 ; Ayllon & Michael, 1959 ; Harris *et al.*, 1964) par să confirme faptul că „sentimente de simpatie, oricît de bine intenţionate ar fi ele, asociate cu o incompletă cunoaştere a comportamentului uman, pot de fapt să provoace [şi să menţină] mai curînd decît să elimine problemele de manifestare a comportamentelor şi stărilor emoţionale interne" (Staats, 1973). Evident, analiza mediului poate dezvălui şi alte condiţii ce explică menţinerea unui comportament anormal, în ciuda caracterului său inadecvat pentru subiect[16].

Staats are o viziune dinamică, interactivă asupra comportamentului anormal. Considerat, simultan, drept variabilă independentă şi dependentă, acest comportament este în permanentă interacţiune cu mediul în care survine. Dacă mediul poate produce un comportament, acesta poate influenţa la rîndul său mediul. Într-o perspectivă psihopatologică, lacunele comportamentale sau comportamentele inadecvate ale subiectului afectează mediul social al acestuia, care, la rîndul său, influenţează dezvoltarea comportamentală viitoare a subiectului.

Pentru a facilita înţelegerea comportamentelor anormale, Staats elaborează trei principii ale învăţării (Staats, 1986) :

1. Principiul competiţiei behavioriste, sau al competiţiei între învăţarea normală şi cea anormală (Staats, 1971). Să luăm drept exemplu un copil care obţine ceea ce doreşte folosind diferite modalităţi inadecvate de comunicare (gesticulări, ţipete, mormăieli, plîns). Învăţarea unui limbaj adecvat la acest copil este dificilă, întrucît aşteptarea necesară oricărei învăţări va provoca la el aversiunea şi va întări mai puternic comportamentele anormale de comunicare.

2. Principiul caracterului ierarhic şi cumulativ al învăţării comportamentelor anormale este un principiu valabil şi pentru

comportamentele normale, dezirabile. Conform acestui principiu, învăţarea presupune dobîndirea unor repertorii suprapuse, ierarhizate de comportamente, în care un nivel serveşte drept bază pentru achiziţia nivelului următor.

3. Principiul spiralei descendente a învăţării cumulative şi ierarhice a comportamentelor anormale. În cazul unui copil care învaţă mai lent un repertoriu comportamental de bază, Staats (1986) descrie înlănţuirea următoare: „Cu cît performanţa sa este mai redusă, cu atît ea este mai puţin recompensată. Cu cît gratificaţiile sînt mai reduse, cu atît se menţin mai greu comportamentele de învăţare. Cu cît învăţarea este mai redusă, cu atît mai puţin este ea recompensată, şi aşa mai departe. Copilul întîrziat mintal se găseşte adesea într-o astfel de spirală descendentă a progresului relativ al învăţării". În plus, învăţarea unor comportamente indezirabile dăunează învăţării comportamentelor adecvate. Putem asista chiar la o accelerare a caracterului descendent al spiralei atunci cînd dobîndirea de comportamente anormale antrenează o modificare totală a învăţării ce nu afectează decît comportamentele indezirabile: „achiziţia anumitor comportamente anormale va permite dobîndirea şi altor comportamente de acelaşi tip sau va crea condiţii propice pentru învăţarea unor comportamente anormale".

Un bilanţ al contribuţiilor behaviorismului paradigmatic la comprehensiunea tulburărilor psihopatologice evidenţiază mai multe aspecte. Preocuparea lui Staats de a integra abordări diferite ale psihopatologiei se concretizează, în acest domeniu specific, în ponderea acordată investigării sistemelor de personalitate. În acest sens, behaviorismul paradigmatic este în acord cu alte abordări tradiţionale, ce recunosc importanţa dimensiunii personalitate în psihopatologie. Acest mod de abordare a comportamentelor considerate anormale are implicaţii importante în ceea ce priveşte clasificarea. Într-adevăr, comportamentele anormale pot surveni în mai multe categorii diagnostice. Lacune ale repertoriilor de bază ale limbajului pot fi întîlnite în categorii foarte diferite cum ar fi deficienţa mintală, autismul, schizofrenia,

tulburările afective. Lacune ale sistemului emoţional-motivaţional pot fi găsite în schizofrenie, în cazurile de personalităţi psihopate, în neurastenie. Această situaţie îl face pe Staats să scrie: „s-ar părea că sistemul A-R-D constituie un nivel de descriere mai fundamental decît entităţile bolilor mintale”. Din această perspectivă, studiul comportamentului anormal ar trebui bazat pe o analiză a repertoriilor comportamentale complexe ce constituie cele trei sfere ale personalităţii. Acest studiu ar trebui să se refere, de asemenea, la condiţiile de mediu, de context social, care au condus la dobîndirea şi menţinerea repertoriilor comportamentale ale pacientului, ţinînd cont de interacţiunile între comportamentele emise şi mediul în care acestea apar.

REZUMAT

Trei direcţii principale în dezvoltarea behaviorismului – primele două bazate pe paradigmele condiţionării clasice şi condiţionării operante, iar a treia reprezentată de behaviorismul social sau paradigmatic – au influenţat nu doar intervenţia terapeutică, ci au marcat, într-o manieră importantă, şi modul de înţelegere a tulburărilor psihopatologice.

În optica behavioristă, comportamentele anormale şi normale sînt dobîndite şi menţinute prin mecanisme identice şi respectînd legile generale ale învăţării. Behavioriştii resping orice cauză internă ca fiind cauza ultimă a comportamentului şi leagă apariţia oricărui comportament de mediul în care se află subiectul. Din acest motiv, clinicianul caută să precizeze condiţiile specifice de mediu care preced, însoţesc sau urmează comportamentele studiate. Este vorba de o analiză ce are ca scop precizarea variabilelor de mediu ce sînt în relaţie cu comportamentele respective.

O problematică ce suscită multe dezbateri este statutul simptomului în cadrul abordării behavioriste. Dispariţia acestuia prin folosirea tehnicilor de terapie comportamentală validează în acelaşi timp metodologia de intervenţie şi poziţia teoretică subiacentă terapiei comportamentale. Contrar celor afirmate în mod frecvent, dispariţia unui simptom-ţintă nu duce decît într-un număr foarte redus de cazuri la apariţia unui alt simptom.

Behaviorismul paradigmatic sau social acordă o pondere deosebită investigării sistemelor de personalitate descrise de Staats şi constituite

din repertorii comportamentale de bază. Aceasta implică examinarea fiecărei sfere de personalitate în termeni de lacune comportamentale sau de comportamente incorecte. În cadrul acestei abordări, o importanță deosebită este acordată istoricului învățării pacientului și condițiilor de învățare descrise drept lacunare sau inadecvate. Condițiile ce contribuie la menținerea comportamentelor considerate anormale și interacțiunea acestor comportamente cu mediul în care sînt emise constituie alte două ținte ale abordării behavioriste de tip social.

NOTE

1. Principalele idei conținute în acest text sînt: „(1) Psihologia este știința comportamentului și nu studiul conștiinței prin introspecție. (2) Ea este o ramură obiectivă și strict experimentală a științelor naturii. (3) Psihologia trebuie să neglijeze orice aspect mentalist și să se bazeze exclusiv pe entități comportamentale vizibile, cum sînt stimulul și răspunsul. (4) Scopul psihologiei este predicția și controlul comportamentului" (Seron *et al.*, 1977).

2. Weckowicz (1984) distinge trei modele behavioriste ale bolii mintale. În două din cazuri, modelele evocate de Weckowicz și orientările pe care le-am menționat în acest capitol sînt identice: condiționarea clasică și condiționarea operantă. La aceste două orientări am adăugat behaviorismul social sau paradigmatic. Weckowicz nu îl menționează, citînd în schimb modelul lui Hull, autor al teoriei Stimul-Răspuns (S-R), cunoscută și ca teoria reducerii pulsiunii (Hull, 1943, 1964). Hull propune o relație matematică între cele patru construcții principale ale teoriei sale: pulsiunea, forța obișnuinței, inhibiția reactivă și inhibiția condiționată. Teoria sa i-a influențat pe numeroși psihologi, dintre care N. Miller (Dollard & Miller, 1950), O. Hobart Mowrer (1950) și E.J. Shoben Jr. (1949). Aceștia au încercat să traducă teoria psihanalitică în limbajul teoriei S-R a lui Hull. Să menționăm, de asemenea, că Sarnoff Mednick (1958) a propus o teorie a schizofreniei bazată pe teoria S-R.

3. Întăririle pot fi pozitive (de exemplu obținerea hranei, suprimarea unui stimul dăunător etc.) sau negative (de exemplu retragerea hranei, prezentarea unui stimul dăunător etc.). Pot fi utilizate diverse scheme sau programe de întărire. Întărirea poate fi continuă sau parțială. Aceasta din urmă, la rîndul ei, poate fi de tip „proporție" (cînd întărirea apare după un anumit număr – fix sau variabil – de răspunsuri) sau de tip „interval" (situație în care întărirea urmează primul răspuns ce apare după un anumit interval de timp, care poate fi, de asemenea, fix sau variabil).

4. Adjectivul *paradigmatic* vine de la substantivul *paradigmă*, care desemnează cuvîntul dat drept exemplu de declinare sau conjugare. Prin extindere, este vorba de o normă de gîndire, un model de acțiune ce se impune fiecăruia. În

sociologie, *paradigmă* înseamnă „schemă sau model care, după ce a sintetizat un ansamblu de achiziţii, dirijează cercetările ulterioare ce urmăresc să-i aducă precizări suplimentare sau să o pună în discuţie" (Foulquié, 1978). Cu acest sens este utilizat adjectivul *paradigmatic* pentru a denumi behaviorismul de a treia generaţie.

5. Arthur W. Staats, profesor la departamentul de Psihologie al Universităţii Hawai este autorul a numeroase publicaţii, printre care şase cărţi (Staats, 1963, 1964, 1968, 1971, 1975, 1983). *Behaviorismul social* a fost tradus în franceză în 1986, la Éditions Behaviora.

6. Aceste niveluri sînt prezentate detaliat în Staats (1986) şi în lucrarea coordonată de Aimée Leduc (1984), *Recherches sur le behaviorisme paradigmatique ou social*.

7. O importantă activitate de cercetare este condusă pe această temă în Québec, sub direcţia lui Aimée Leduc, profesor la Universitatea Laval din Québec. Să menţionăm că în 1984 a fost creată Asociaţia pentru promovarea behaviorismului paradigmatic din Québec.

8. Teoriile behavioriste nu prezintă nici o definiţie intrinsecă a comportamentului anormal (Seron *et al.*, 1977). Prin urmare, identificarea sa este rezultatul unei aprecieri subiective ce implică o discriminare între comportamentele neaşteptate şi aşteptate, bazate pe o judecată socială influenţată de valorile morale şi normele sociale ale judecătorilor, de anumite caracteristici ale persoanei care emite comportamentul respectiv (vîrstă, sex, clasă socială etc.) şi de contextul în care apare acest comportament.

9. În cazul observării pe interval de timp, perioada totală de observare este împărţită în intervale egale, iar observatorul notează pentru fiecare interval prezenţa sau absenţa comportamentului. Atunci cînd foloseşte procedeul observării pe eşantion de timp, clinicianul notează ceea ce se petrece în decursul ultimelor cîteva secunde ale fiecărui interval. Pentru restul timpului, el poate nota apariţia altor comportamente.

10. În general, aceste chestionare cuprind descrieri ale situaţiilor în raport cu care subiectul trebuie să-şi evalueze comportamentul sau reacţiile. Inventarul „fricilor" („Fear survey Schedule") al lui Lang şi Lazovik (1963), de exemplu, permite identificarea stimulilor ce provoacă manifestări comportamentale de tip fobic. Subiectul trebuie să evalueze pentru fiecare item intensitatea fricii pe care o resimte.

11. În modificarea comportamentului, intervenţia urmăreşte în aceeaşi măsură comportamentele patologice şi comportamentele normale, indivizii şi grupurile. Astăzi, termenul de terapie comportamentală are tendinţa de fi înglobat în cel de modificare a comportamentului.

12. Relaţia între etiologie şi terapie nu are aceeaşi importanţă pentru toţi autorii, iar uneori pragmatismul se manifestă într-o manieră foarte netă. În

Introducerea la un volum recent intitulat *Thérapies comportamentales en psychiatrie* (Leveau *et al.*, 1989), putem citi: „Sarcina noastră în calitate de clinicieni necesită metode de tratament eficace, iar rezultatul terapeutic are mai mare importanţă decît o cercetare etiologică asupra tulburărilor. În terapia comportamentală, atitudinea este mai adesea terapeutică decît euristică".

13. Faptul că eliminarea simptomelor nu antrenează substituţia lor a fost constatat şi de Bergin (1966), Davison (1967), Eysenck şi Rachman (1965), Grossberg (1964).

14. Bandura (1968), care a folosit acest sistem de clasificare, l-a numit „abordare socială a învăţării comportamentului anormal". În manualul său de psihopatologie, Suinn (1970) utilizează şi el nosografia propusă de Staats.

15. **Sistemul A-R-D** se referă la diferiţi stimuli (de exemplu biologici, ocupaţionali, recreaţionali etc.) care, declanşind la nivelul subiectului reacţii emoţionale (pozitive sau negative), au un caracter afectiv sau condiţional de întărire şi directiv. În cadrul behaviorismului social, stimulii din mediu declanşează răspunsuri emoţionale care, la rîndul lor, determină comportamentul subiectului prin funcţia de întărire şi directivă a stimulilor care le-au declanşat. Răspunsurile emoţionale sînt învăţate prin condiţionare clasică. Diferenţele în istoricul învăţării fac ca subiecţii să aibă sisteme A-R-D diferite. Al doilea sistem de personalitate este **sistemul verbo-cognitiv** compus din trei repertorii comportamentale: limbajul receptiv, expresiv şi receptiv-expresiv. Repertoriile limbajului au un rol important în toate etapele rezolvării de probleme. Printre aspectele cele mai importante ale sistemului de personalitate se află conceptul de sine (etichetarea pe care subiectul o face privind comportamentele şi caracteristicile sale fizice) şi inteligenţa (compusă din repertorii specifice de comportamente). **Sistemul instrumental** constituie al treilea sistem de personalitate. El cuprinde repertorii comportamentale foarte variate, mergînd de la primele abilităţi senzorio-motorii (a lua un obiect, a merge) şi de atenţie, pînă la abilităţi sociale.

16. Două situaţii, dintre cele citate de Staats (1986) permit ilustrarea acestei aserţiuni. Supraprotecţia şi o mare indulgenţă din partea părinţilor nu permit copilului să înveţe să aibă grijă de el, să se joace în grup, să-şi dezvolte comportamente sociale. Ne aflăm aici în faţa unor carenţe în condiţiile de învăţare ale copilului. În plus, ceea ce este admis în casă este considerat inacceptabil şi anormal într-un grup mai larg. Menţinerea unui comportament nedorit poate să rezulte şi din decalajul temporal între întărirea sa imediată şi apariţia tardivă a consecinţelor sale aversive. De exemplu, acesta este cazul individului care comite un viol şi obţine imediat o întărire sexuală susceptibilă de a contribui la menţinerea comportamentului său sexual, chiar dacă o sentinţă cu caracter aversiv important este pronunţată mult mai tîrziu.

CAPITOLUL 3

Psihopatologie biologică

Adaptînd o definiţie dată de Pichot (1987) psihiatriei biologice, putem afirma că psihopatologia biologică desemnează o orientare specifică a concepţiilor şi cercetărilor în care accentul este pus în principal pe influenţa modificărilor morfologice sau funcţionale ale sistemului nervos asupra genezei tulburărilor mintale.

Ideea că afecţiunile mintale au un substrat organic este destul de veche, iar evoluţia ei este trasată în mod detaliat în lucrări specializate de istorie a psihiatriei sau a psihopatologiei (Alexander & Selesnick, 1972; Postel & Quétel, 1983; Beauchesne, 1986). În textul de faţă ne vom limita la o scurtă prezentare a principalelor momente ale acestei evoluţii.

În 1822, Antoine L.J. Bayle (1799-1858) a descoperit cauza anatomică (o meningită cronică) a paraliziei generale, a cărei natură sifilitică, susţinută în 1879 de Fournier, nu va fi admisă în mod definitiv decît după lucrările lui Noguchi şi Moore, în 1913. Bénédict Augustin Morel (1809-1873) elaborează teoria degenerescenţei, concepută ca „o deviere în raport cu tipul uman normal, care este transmisă ereditar şi se agravează încetul cu încetul pînă la stingerea familiei". Această teorie este reluată ulterior de Victor Magnan (1835-1912). În Germania, Wilhelm Griesinger (1817-1868) consideră că suportul bolilor mintale trebuie căutat la nivelul sistemului nervos, într-o suferinţă organică, chiar dacă existenţa acesteia nu poate fi întotdeauna dovedită. Psihiatria engleză este şi ea dominată de punctul de

vedere organicist al lui Henry Maudsley (1835-1918), asemănător celui al lui Griesinger. La Moscova, Serghei Sergheevici Korsakov (1854-1900) descrie în 1887 sindromul care îi poartă numele şi în cadrul căruia tulburările mintale (amnezie, în special anterogradă, dezorientare, confabulare) sînt asociate unei polinevrite şi au în general alcoolismul drept cauză determinantă. Puţin mai tîrziu, Alois Alzheimer (1864-1915) şi Arnold Pick (1851-1924) izolează demenţele presenile.

Opera lui Emil Kraepelin poate fi considerată drept apogeul psihiatriei organiciste (Beauchesne, 1986). Trebuie totuşi notat că, în clasificările sale, Kraepelin nu se sprijină pe criterii etiologice precise. Într-adevăr, dacă anumite sindromuri au o etiologie definită (toxică, infecţioasă, de exemplu), altele, recunoscute clinic, sînt legate de o afecţiune endogenă. Demenţa precoce şi psihoza maniaco-depresivă constituie două entităţi foarte importante printre aceste maladii endogene, afecţiuni care ţin numai de individul bolnav, de „terenul său", de „constituţia sa", precum şi de „caracterul său moral". Păstrînd ideea unei origini organice a bolilor mintale, Eugène Bleuler (1857-1939) pune accentul pe mecanismele psihopatologice şi nu pe descrierea bolilor.

Evoluţia ulterioară a organicismului implică apariţia a două curente, psihobiologia şi organodinamismul, care vor marca dezvoltarea psihopatologiei biologice.

Psihobiologia apare o dată cu lucrările lui Adolf Meyer (1866-1950), neurolog orientat spre psihopatologie, care a dominat timp de circa o jumătate de secol didactica patologiei psihice în Statele Unite şi şi-a pus amprenta pe prima ediţie a *DSM*. Opunîndu-se concepţiei kraepeliniene a maladiilor-entităţi, Meyer consideră patologia drept o patologie funcţională a adaptării (Lidz, 1973). Bolile sînt modalităţi variate de reacţie, iar bolnavul trebuie considerat ca un întreg, în ansamblul său „psihobiologic". Meyer refuza punctele de vedere opuse conform cărora maladiile mintale rezultă doar dintr-o tulburare cerebrală sau din influenţe negative ale mediului. El introduce ambele categorii de cauze, creînd termenul *ergasia*, care înseamnă „activitate mintală integrată".

Autor al volumelor *Études psychiatriques* (publicate între 1948 şi 1954), *La conscience* (1963), *Traité des hallucinations* (1973), urmat de *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie* (1975), Henry Ey (1900-1977) elaborează teoria organo-dinamismului. Este vorba de o tentativă de a depăşi punctele de vedere organiciste bazate pe localizări şi anatomo-patologie, ţinînd cont de aporturile psihologiei: „orice formă psihopatologică necesită pentru apariţia sa, simultan şi împreună, o tulburare organică primordială şi o structură psihologică necesară, care va constitui fenomenologia tulburării, baza ei existenţială". Această concepţie a lui Ey a exercitat o influenţă considerabilă nu doar în Franţa, ci şi în alte ţări.

Dezvoltarea extraordinară în cursul ultimelor decenii a psihopatologiei biologice este rezultatul, în primul rînd, al progreselor tehnologice care au permis noi abordări în studiul tulburărilor psihopatologice. Este vorba, de exemplu, de tehnici ce permit studiul receptorilor sinaptici sau de tehnici de imagistică cerebrală (cameră cu pozitroni şi rezonanţă magnetică nucleară) care permit explorarea metabolică şi morfologică a creierului prin metode neinvazive. Fără îndoială că dezvoltarea psihopatologiei biologice este şi ea legată de progresul tehnicilor biologice de intervenţie terapeutică şi în special al psihofarmacologiei. Ar fi poate interesant de amintit faptul că singurul psihiatru care a primit premiul Nobel a fost Julius Wagner von Jauregg (1857-1940), inventatorul malarioterapiei[1].

Datele acumulate în cadrul abordării biologice a psihopatologiei sînt foarte numeroase. Diferite lucrări de sinteză, printre care şi primul manual publicat în franceză (Mendlewicz, 1987), o demonstrează. Totuşi, abordarea biologică a adus puţine răspunsuri definitive, în ciuda unor eforturi importante.

În unele cazuri, cum ar fi autismul infantil, rezultatele disponibile tind să arate că, deşi existenţa unor baze biologice este neîndoielnică, diversitatea aspectelor biologice ce caracterizează un acelaşi diagnostic clinic este tulburătoare (Leboyer, 1985; Grémy *et al.*, 1987; Cohen & Donnellan, 1987; Schopler & Mesibov, 1987; Foglio Bonda, 1987; Courchesne *et al.*, 1988)[2].

Sîntem obligaţi să constatăm pluralitatea regiunilor anatomice potenţial implicate în patogenia autismului. În plus, restul datelor din acest domeniu, biochimice sau genetice, sînt foarte bine caracterizate de cuvîntul „eterogenitate". Este situaţia inversă faţă de ceea ce se întîmplă în cazul acţiunii unui agent etiologic cunoscut pentru neurotropismul său, virusul HIV, cauza SIDA, care determină manifestări psihopatologice foarte diverse, practic lipsite de orice fel de specificitate (Ionescu, 1989). Exemplul autismului (ar putea fi propuse şi altele) sugerează complexitatea relaţiilor dintre tabloul clinic sau expresia psihopatologică şi aspectele biologice concomitente. Aceasta este, fără îndoială, una dintre cele mai pasionante direcţii de cercetare viitoare în psihopatologia biologică.

Din cauza multiplelor teme care ar putea fi reţinute pentru a ilustra domeniul psihopatologiei biologice, alegerea nu a fost uşoară. Am reţinut în cele din urmă isteria, entitate pentru care majoritatea clinicienilor exclud orice idee de bază biologică. Cîţiva cercetători au încercat totuşi să identifice astfel de baze care, în anumite momente ale istoriei, erau plasate nu în creier, ci mai curînd lîngă uter (Trillat, 1986).

A doua temă este cea a bazelor biologice ale comportamentului suicidar, unul din rarele domenii unde dispunem de rezultate concludente.

A. CERCETĂRI PRIVIND BAZELE BIOLOGICE ALE ISTERIEI

Cercetările întreprinse în acest domeniu au vizat trei aspecte particulare : (a) verificarea ipotezei genetice ; (b) studiul modificărilor psihofiziologice şi a tulburărilor neuropsihologice ; (c) studiul asocierilor între isterie şi afecţiunile cerebrale organice.

Verificarea ipotezei genetice implică studii familiale şi studii pe gemeni. Studiile familiale disponibile tind la prima vedere să confirme existenţa unei componente genetice în apariţia isteriei. Statisticile compilate de Briquet în secolul al XIX-lea[3] şi rezumate

în urmă cu zece ani de Mai & Merskey (1981) arată că persoanele ai căror părinţi sînt isterici au de 12 ori mai multe şanse să dezvolte o isterie decît subiecţii ai căror părinţi nu sînt isterici. Studiul lui Ljungberg (1957) este, de departe, cel mai amplu studiu modern asupra riscului familial de a prezenta o formă de isterie. El implică 381 de probanţi[4]. Coeficientul de coincidenţă pentru taţii, fraţii şi fiii probanţilor isterici sînt de respectiv 2%, 3% şi 5%, comparativ cu mamele, surorile şi fiicele pentru care procentajele sînt de respectiv 7%, 6% şi 7% şi cu procentul estimat pentru populaţia generală, care ar fi doar de 0,05%. Dacă pentru datele obţinute în secolul al XIX-lea pot fi formulate o serie de rezerve privind fiabilitatea culegerii lor, pot fi identificate şi limitele studiului lui Ljungberg, nefiind precizate criteriile folosite pentru diagnosticul isteriei în familia probanţilor. Studiul publicat doi ani mai tîrziu de Ey şi Henric (1959) privind ereditatea nevrozelor nu a adus rezultate mai concludente. Recent, Manchanda şi Merskey (1989) au concluzionat că datele disponibile sprijină mai curînd o etiologie multifactorială a fenomenului isteriei.

Studiul concordanţei la gemeni nu a adus dovezi privind implicarea unor factori genetici specifici în apariţia isteriei. Cercetarea lui Slater (1961) vizează 24 de probanţi diagnosticaţi clinic ca suferind de isterie. Diagnosticul de isterie nu a putut fi formulat pentru nici unul dintre cei 24 de gemeni – 12 monozigoţi (MZ) şi 12 dizigoţi (DZ) – cu excepţia unei perechi de DZ de sex masculin, identificaţi ulterior ca prezentînd diagnosticul de isterie (Shields, 1982). Torgersen (1986) a studiat contribuţia factorilor ereditari la apariţia tulburărilor somatoforme aşa cum sînt ele definite în *DSM-III* [5] şi constată o concordanţă de 29% pentru MZ şi de 10% pentru perechile de DZ. El concluzionează că similaritatea experienţelor trăite în cursul copilăriei ar influenţa mai mult concordanţa decît factorii genetici.

Rezultatele studiilor de concordanţă pe gemeni conduc autorii a trei sinteze bibliografice asupra problemei la respingerea ipotezei genetice a isteriei (Inouye, 1972 ; Shields, 1982 ; Manchanda şi Merskey, 1989).

Studiul psihofiziologic al pacienţilor isterici a dezvăluit existenţa unei hiperactivări[6]. Într-o cercetare asupra unui număr mic (n=10) de pacienţi diagnosticaţi ca prezentînd o „conversie isterică", Lader şi Sartorius (1968) constată că aceştia au un nivel de activare (măsurat prin indicatori psihofiziologici periferici cum ar fi, de exemplu, fluctuaţiile spontane ale rezistenţei cutanate, ritmul cardiac) mai ridicat decît la un grup de 71 de pacienţi anxiofobici. Pacienţii grupului „conversie isterică" relatează o anxietate mai mare, deşi apar a fi mai puţin anxioşi la o evaluare obiectivă. Totuşi, pacienţii exprimă o suferinţă emoţională relativ redusă, ceea ce se potriveşte cu „frumoasa indiferenţă" descrisă ca o caracteristică a istericilor.

Într-un alt studiu, Meares şi Horvath (1972) constată că şapte din cei unsprezece pacienţi ce manifestau simptome cronice de conversie prezentau o activitate vegetativă mai intensă decît normal. La aceşti pacienţi, habituarea (obişnuirea cu stimulii) era afectată global. Într-un studiu ulterior, Horvath *et al.* (1980) concluzionează că dificultăţile sau imposibilitatea de a realiza habituarea nu erau legate de nivelurile anormal de ridicate de activare, ci mai degrabă de incapacitatea pacienţilor de a face abstracţie de stimulii aferenţi inadecvaţi, de a nu fi atent la aceştia. Prezenţa dificultăţilor de obişnuire sau a unei lentori în obişnuire au fost corelate cu o predominanţă a emisferei drepte (Gruzelier, 1981).

O investigaţie neuropsihologică detaliată a isteriei sugerează existenţa unor probleme de lateralizare cerebrală (Flor-Henry *et al.*, 1981). Această cercetare a implicat evaluarea, cu ajutorul unei baterii de teste neuropsihologice, a patru grupe de cîte zece subiecţi: isterici, depresivi psihotici, schizofrenici şi martori. Analiza vizînd identificarea variabilelor neuropsihologice care discriminează cel mai bine grupurile studiate arată că grupul de subiecţi isterici prezintă, în comparaţie cu subiecţii normali şi depresivi, o disfuncţie mai pronunţată a emisferei dominante. În cazul grupului de schizofrenici, analiza a relevat o disfuncţie mai importantă a emisferei nedominante, comparativ cu grupul de isterici. Legat de problemele de lateralizare, trebuie menţionat că

alte cercetări au arătat că simptomele de conversie apar mai frecvent pe jumătatea stîngă a corpului (Galin *et al.*, 1977) şi că această preponderenţă este valabilă atît pentru dreptaci, cît şi pentru stîngaci (Stern, 1977).

Pentru Flor-Henry *et al.* (1981), principalele deficite centrale în isterie sînt: o afectare a comunicării verbale, incongruenţa răspunsurilor afective şi un deficit în comprehensiunea semnalelor somatice endogene. Toate acestea ar fi consecinţa unei disfuncţii a emisferei dominante care produce, atunci cînd apare la femeie, o dezorganizare secundară a emisferei contralaterale (nedominante) care determină ceea ce unii clinicieni numesc „faţada strălucitoare" a isteriei feminine, dar care, în acelaşi timp, maschează substratul legat de emisfera stîngă.

O metodă de investigare a tratamentului cerebral al stimulilor este studiul potenţialelor evocate[7]. Această metodă a fost utilizată în repetate rînduri, pe pacienţi diagnosticaţi cu isterie. Hernandez-Péon *et al.* (1963) studiază potenţialele evocate somato-senzoriale la o fetiţă de 15 ani prezentînd tulburări analgezice şi o anestezie[8] termică la nivelul membrului superior stîng. Atunci cînd membrul drept indemn era stimulat, puteau fi înregistrate potenţiale evocate somato-senzoriale la nivelul ariei parietale stîngi. Nu a putut fi însă obţinut nici un răspuns clar în zona parietală dreaptă atunci cînd antebraţul stîng era stimulat. Pe această bază, autorii cercetării au formulat ipoteza că anestezia isterică ar fi rezultatul inhibării transmisiei aferente a stimulului. Rezultatele altor studii (Levy & Behrman, 1970; Levy & Mushin, 1973) sînt interpretate în relaţie cu o scădere a sensibilităţii receptorului periferic şi cu existenţa unui mecanism central de inhibare ce acţionează pe calea aferentă[9]. Alte studii nu au sprijinit aceste rezultate, răspunsurile evocate fiind normale (Halliday, 1968; Behrman, 1969; Behrman & Levy, 1970; Moldofsky & England, 1975; Kaplan *et al.*, 1985; Howard & Dorfman, 1986).

Asocierea isteriei cu o boală cerebrală organică constituie un subiect foarte controversat. Numeroşi clinicieni consideră că isteria reprezintă prototipul afecţiunii funcţionale, fără corelaţii

organice. Informaţii deosebit de interesante în legătură cu acest aspect ne sînt oferite de studiile ce urmăresc evoluţia cazurilor în timp şi în special de cele ale lui Slater (1965) şi Slater & Glithero (1965). Aceşti autori au examinat şi diagnosticat iniţial 112 pacienţi. Nouă ani mai tîrziu, un bilanţ al evoluţiei lor a fost disponibil pentru 85 de pacienţi. Dintre aceştia, 12 muriseră, 4 prin suicid şi 8 din cauza unor maladii organice. Din grupul rămas, doar 7 pacienţi prezentau simptomele clasice de conversie ca răspuns la stres, iar alţi 14 prezentau o tulburare cronică de personalitate şi simptome multiple. Ceea ce ilustrează aceste studii într-o manieră destul de surprinzătoare, este faptul că 49 dintre pacienţii (58% din 85) la care diagnosticul iniţial fusese de isterie, prezentau o maladie organică. Aceste date l-au condus pe Slater la concluzia, frecvent citată, că diagnosticul de isterie este „o iluzie şi o capcană". Asocierea isteriei cu o patologie organică este confirmată, într-un număr important de cazuri, de Whitlock (1967), Kligerman & McKegney (1971), Merskey & Buhrich (1975). La o proporţie cuprinsă între 12 şi 65% dintre pacienţii prezentînd crize isterice, se raportează o asociere, prezentă sau trecută, cu epilepsia (Merskey, 1979; Fenton, 1982; Lesser, 1985).

Mai multe lucrări arată că în practica medicală, locul unde sînt întîlnite cel mai frecvent simptome isterice este clinica neurologică (Merskey, 1979; Trimble, 1983; Marsden, 1986). Marsden (1986) se situează pe o poziţie foarte neurologică şi propune noţiunea de „isterie neurologică", definită ca pierderea sau distorsiunea unei funcţii neurologice, incomplet explicată de o maladie organică (vizibilă) sau funcţională (invizibilă, dar probabil biochimică).

O analiză transculturală arată că simptomele isterice motorii fără afecţiune organică apar destul de frecvent în ţările în curs de dezvoltare. Probabil că în ţările dezvoltate, mai urbanizate, simptomele isterice au o legătură mai clară cu boala fizică şi în special cu tulburările cerebrale organice (Kaplan *et al.*, 1985).

Dacă ipoteza genetică nu are prea multe cercetări care să o sprijine, celelalte două direcţii de cercetare referitoare la bazele

biologice ale isteriei par a fi mai fructuoase. Studiul psihofiziologic dezvăluie existenţa unei hiperactivări şi a unor dificultăţi de obişnuire a răspunsurilor la stimuli. În acelaşi timp, investigaţia neuropsihologică sugerează existenţa unor probleme de lateralizare incluzînd o hipofuncţie a sistemelor emisferei dominante, care conduce la o hiperactivare disfuncţională a emisferei nedominante. Asocierea isteriei cu o maladie organică cerebrală este frecventă.

B. BIOLOGIA COMPORTAMENTELOR SUICIDARE

Principala direcţie de cercetare în domeniul biologiei comportamentelor suicidare[10] este cea privind studiul acidului 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA), metabolit al neurotransmiţătorului numit serotonină[11]. Legătura, stabilită de multă vreme, între depresie şi suicid explică de ce o parte dintre cercetările trecute în revistă în acest capitol au fost efectuate pe pacienţi depresivi. Într-o sinteză pe această problemă, Post *et al.* (1980) constată că nivelul 5-HIAA în lichidul cefalo-rahidian (LCR) al pacienţilor depresivi corespunde la 78% din nivelul măsurat la subiecţii-martor. Acest procentaj constituie media datelor conţinute în cele 15 studii analizate. Datele obţinute de alţi cercetători merg în acelaşi sens (Åsberg *et al.*, 1984). Făcînd această constatare, trebuie, de asemenea, subliniat faptul că anumiţi subiecţi din grupul-martor, perfect sănătoşi, au niveluri ale 5-HIAA identice cu ale pacienţilor depresivi. Aceasta reduce, fără îndoială, valoarea patognomonică a scăderii concentraţiei 5-HIAA. Este însă interesant de notat faptul că subiecţii normali respectivi tind să aibă în familie un număr mai mare de cazuri de afecţiuni depresive (Sedvall *et al.*, 1980).

Suprapunerea parţială a distribuţiilor nivelurilor de 5-HIAA la pacienţii depresivi şi la subiecţii normali a condus la formularea a două ipoteze destul de apropiate privind relaţia dintre tulburările depresive şi metabolismul serotoninei. Conform ipotezei

„permisive" (Prange *et al.*, 1974), un deficit central de transmisie serotoninergică permite apariţia tulburării depresive, dar este insuficient pentru a o produce. Conform celei de-a doua ipoteze, numită ipoteza „dispoziţiei" sau a „vulnerabilităţii" (Van Praag, 1977), tulburările metabolismului central al serotoninei predispun la depresie, fără a avea însă o semnificaţie cauzală directă.

Încă de la început, studiul nivelului 5-HIAA în LCR a arătat că grupul de pacienţi depresivi nu este omogen. Doar un subgrup de pacienţi depresivi are niveluri reduse de 5-HIAA (Van Praag & Korf, 1971 ; Åsberg *et al.*, 1976a)[12].

Echipa lui Marie Åsberg, de la Institut Karolinska din Stockholm, a urmărit corelaţiile clinice ale scăderii 5-HIAA. Aceşti cercetători (Åsberg *et al.*, 1976b) identifică o frecvenţă foarte înaltă a tentativelor de suicid, în special prin metode active şi violente, la pacienţii deprimaţi prezentînd valori sub normal ale 5-HIAA în LCR. Într-adevăr, 40% dintre pacienţii deprimaţi prezentînd concentraţii reduse de 5-HIAA au avut o tentativă de suicid, faţă de numai 15% dintre cei care prezentau niveluri normale. Această diferenţă este statistic semnificativă.

O problemă metodologică s-ar pune totuşi în cazul acestei cercetări. Grupul de subiecţi cu nivel redus de 5-HIAA număra mai mulţi bărbaţi. De obicei însă, concentraţia 5-HIAA este mai redusă la bărbaţi. În plus, bărbaţii folosesc mai frecvent decît femeile metode violente pentru a se sinucide. Efectele variabilei sex, precum şi ale vîrstei şi taliei[13] au fost controlate de Träskman *et al.* (1981), care au constatat că nivelurile de 5-HIAA erau efectiv inferioare mediei la un grup de pacienţi suicidar, faţă de un grup-martor echivalent cu primul în privinţa celor trei variabile menţionate. Existenţa unei relaţii între comportamentele suicidare şi concentraţia redusă de 5-HIAA a fost verificată şi în Ungaria (Banki *et al.*, 1984) şi în Spania (Perez de los Cobos *et al.*, 1984). O diferenţă trebuie totuşi semnalată între aceste două cercetări : dacă în Ungaria, relaţia se referă la suicidul violent, în cercetarea spaniolă ea este independentă de mijloacele utilizate de pacienţi pentru a se sinucide. Într-o singură lucrare (Roy-Byrne *et al.*, 1983) relaţia dintre concentraţia 5-HIAA şi

comportamentul suicidar nu a fost confirmată. Dar, chiar şi în această cercetare relaţia descrisă este confirmată pentru subiecţii cu depresie unipolară. Ea nu se confirmă însă pentru pacienţii din grupul bipolar (maniaco-depresivi).

Alte cercetări arată că scăderea nivelului 5-HIAA în LCR poate fi pusă în legătură cu tentativele de suicid observate la subiecţii nedeprimaţi, dar prezentînd alte diagnostice cum ar fi, de exemplu, tulburări uşoare de personalitate şi stare limită (Brown *et al.*, 1982), tulburări ale personalităţii cu angoasă (Träskman *et al.*, 1981), schizofrenie (Van Praag, 1983 ; Ninan *et al.*, 1984 ; Banki *et al.*, 1984), alcoolism şi tulburări ale adaptării sociale (Banki *et al.*, 1984)[14].

Dacă cercetările prezentate pledează în favoarea existenţei unei relaţii între valorile reduse de 5-HIAA şi tentativele de suicid, Träskman *et al.* (1981) notează că printre pacienţii care au avut o tentativă de suicid, cei care prezentau un nivel redus de 5-HIAA au un risc de suicid reuşit mai mare, atingînd 22% din decese în anul următor tentativei. Åsberg *et al.* (1987) confirmă că printre pacienţii care fac o tentativă de suicid, cei care prezentau niveluri reduse de 5-HIAA riscă de zece ori mai mult decît ceilalţi să moară prin suicid.

Pe baza datelor disponibile, Åsberg (1987) formulează ipoteza că o concentraţie redusă de 5-HIAA în LCR poate fi considerată drept un indicator al vulnerabilităţii, reflectînd un caracter familial (genetic) al funcţiilor serotoninergice[15], ceea ce nu exclude caracteristicile dobîndite[16]. Existenţa unui factor biochimic transmis genetic ar putea face ca sistemul serotoninergic să fie caracterizat de o producţie redusă (*low output*) de transmiţător sau, mai probabil, de un sistem instabil. În aceste condiţii, persoana în cauză ar fi mai predispusă spre a manifesta, în situaţii de criză, acte impulsive şi autodistructive.

O tentativă de suicid nu se produce, probabil, înainte ca persoana prezentînd vulnerabilitatea menţionată să se găsească într-o situaţie pe care o percepe ca fiind disperată. Evident, faptul de a fi trăit anterior evenimente traumatice, precum şi

absenţa unei reţele de suport social, contribuie la faptul că persoana comite o tentativă de suicid.

În două lucrări din 1987 (Åsberg, 1987 ; Åsberg *et al.*, 1987), ipoteza vulnerabilităţii biologice este lărgită pe baza unei serii de date experimentale şi clinice. Legătura între tulburarea metabolismului serotoninei şi prezenţa unui comportament suicidar s-ar realiza prin intermediul unei insuficienţe în controlul agresivităţii.

La animal, se ştie că neuronii serotoninergici participă la controlul agresivităţii. Administrarea de inhibitori ai sintezei de serotonină poate determina o „furie necontrolată" la pisici domestice, iar femelele de şobolan pot ajunge să-şi omoare puii (Copenhaver *et al.*, 1978). Se poate considera că veridicitatea legăturii dintre hipoactivitatea serotoninergică şi agresivitate a fost demonstrată la animal (Valzelli, 1981)[17].

Numeroase date clinice sprijină noua ipoteză lărgită. Încă din 1927, Abraham sublinia existenţa unei componente agresive în depresie sau suicid. Åsberg *et al.* (1976b), notînd caracterul adesea nepremeditat şi brutal al tentativelor de suicid la persoanele cu niveluri reduse de 5-HIAA, presupun că, în aceste cazuri, ar putea fi vorba de probleme de control al pulsiunilor de tip agresiv. Brown *et al.* (1979) găsesc o corelaţie negativă semnificativă între concentraţia de 5-HIAA în LCR la un grup de oameni şi comportamentul lor agresiv studiat prin intermediul tuturor informaţiilor accesibile.

Observaţiile privind criminalii sînt deosebit de interesante în studiul legăturii dintre metabolismul serotoninei, comportamentul suicidar şi agresivitate[18]: nivelul 5-HIAA este mai redus la persoanele ale căror acte criminale au un caracter impulsiv (Linnoila *et al.*, 1983) sau la subiecţii care şi-au ucis partenerul sexual, faţă de alţi criminali (Lidberg *et al.*, 1985)[19]. În acest context, de o valoare deosebită este studiul lui Lidberg *et al.* (1984), care au publicat trei studii ale unor cazuri în care părinţii şi-au ucis copiii după care au încercat, fără succes, să se sinucidă. O puncţie lombară, făcută imediat după aceea, arată că subiecţii respectivi aveau niveluri extrem de reduse de 5-HIAA în LCR.

Aceste date susţin ipoteza că serotonina joacă un rol important în capacitatea de a stăpîni impulsurile agresive în situaţii tensionate din punct de vedere emoţional. S-ar părea, prin urmare, că există o relaţie între tulburările metabolismului cerebral al serotoninei şi tulburările reglării agresivităţii, independent de obiectul agresivităţii. Descoperirea relaţiei dintre comportamentele suicidare şi concentraţiile reduse de 5-HIAA în LCR demonstrează utilitatea studierii metaboliţilor serotoninei în evaluarea riscului suicidar şi constituie un important pas înainte în domeniul psihopatologiei biologice.

REZUMAT

Psihopatologia biologică este abordarea în care accentul este pus în principal pe influenţa modificărilor morfologice şi funcţionale ale sistemului nervos asupra genezei tulburărilor mintale.

Ideea că afecţiunile mintale au un substrat organic este veche, iar opera lui Emil Kraepelin este considerată, în general, drept apogeul psihiatriei organiciste. Evoluţia ulterioară implică apariţia a două curente: psihobiologia dezvoltată de Adolf Meyer şi organodinamismul lui Henry Ey.

Dezvoltarea actuală a psihopatologiei biologice este ilustrată prin două exemple, dintre care primul este cel al isteriei. Cercetările întreprinse în acest domeniu arată că ipoteza genetică este slab sprijinită de rezultatele obţinute. În plan psihofiziologic au putut fi evidenţiate o hiperactivare şi o lentoare a obişnuirii cu stimulii. Investigarea neuropsihologică a dezvăluit unele probleme de lateralizare. În fine, asocierea isteriei cu o boală organică cerebrală apare a fi destul de frecventă.

Al doilea exemplu se referă la biologia comportamentelor suicidare, în care principala direcţie de cercetare este cea a studiului acidului 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA), metabolit al neurotransmiţătorului serotonină. Niveluri sub normal de 5-HIAA în lichidul cefalo-rahidian sînt legate de apariţia comportamentelor suicidare şi constituie un marcator al vulnerabilităţii. Rezultatele recente au evidenţiat existenţa unei relaţii între tulburările metabolismului cerebral al serotoninei şi tulburările reglării agresivităţii, independent de obiectul acestei agresivităţi.

NOTE

1. Wagner von Jauregg inoculează (în 1917) trei bolnavi diagnosticaţi cu paralizie generală cu sînge prelevat de la un militar suferind de paludism. Von Jauregg a primit premiul Nobel pentru medicină în 1927.

2. În noiembrie 1988, revista *Nature* publică, simultan, două articole privind genetica schizofreniei. În primul dintre acestea, Sherrington *et al.* prezentau o primă dovadă importantă în favoarea implicării unei singure gene (localizată pe braţul lung al cromozomului 5). În al doilea articol, care prezenta un studiu realizat pe o altă populaţie, Kennedy *et al.* nu obţin acelaşi rezultat şi ajung la concluzia că, în cazul schizofreniei, factorii cauzali genetici subiacenţi sînt eterogeni.

3. Medic, ales membru al Academiei de Medicină în 1860 (secţia fizică şi chimie medicală), Paul Briquet (1796-1881) a fost, înainte de toate, un internist. În 1859 el publică o lucrare celebră, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, apărută la Editura Baillière, la Paris. În nota biografică ce îi este consacrată, Pierre Morel (1983) rezumă astfel contribuţia lui Briquet în domeniul isteriei: „El respinge rolul frustrărilor sexuale, legînd boala de prezenţa emoţiilor prelungite sau a supărărilor violente apărute la pacienţii predispuşi ereditar sau printr-o «susceptibilitate» deosebită, contribuind la acreditarea realităţii unei isterii masculine, foarte contestată în acea vreme (un bărbat la douăzeci de femei, după el)..."

4. *Probant* (sau *propositus*) este numele dat subiectului bolnav care este punctul de plecare într-o anchetă familială asupra bolii sale (Garnier *et al.*, 1989).

5. În *DSM III-R* (American Psychiatric Association, 1989) se precizează că „trăsăturile caracteristice ale acestui grup de tulburări constau în simptome fizice care evocă afecţiuni somatice (de unde numele: somatoforme), fără ca vreo anomalie organică să poată fi decelată sau ca vreun mecanism fiziopatologic să fie cunoscut". În această categorie intră, printre altele, următoarele două tulburări:
   - Tulburarea de conversie (sau nevroză isterică de tip conversiv), care se referă la o afecţiune pentru care se consideră că factorii psihologici joacă un rol etiologic în pierderea sau alterarea funcţiilor fizice ce sugerează o tulburare somatică;
   - Tulburarea de somatizare, tulburare polisimptomatică frecventă şi cronică ce survine timpuriu în decursul vieţii şi considerată anterior ca ţinînd de isterie sau de sindromul Briquet.

6. În 1937, Rheinberger şi Jasper denumesc *pattern* de activare (*activation pattern*) înlocuirea pe traseul EEG a activităţii ample şi lente (care traduce somnolenţa) cu unde rapide şi de mică amplitudine. Conceptul de activare a intrat în vocabularul psihofiziologic în urma stabilirii de corespondenţe între tabloul EEG şi cel comportamental; traseul „activat" corespunde efectiv unui comportament atent, alert. Ulterior, descoperirea funcţiilor formaţiunii reticulate (FR) a trunchiului cerebral şi a nucleilor talamici nespecifici a

oferit o interpretare fenomenului observat: stimularea FR produce „trezirea" comportamentală şi activarea bioelectrică a creierului (Moruzzi & Magoun, 1949). Sistemul de neuroni a căror stimulare directă sau indirectă produce activarea cerebrală difuză a fost denumit „sistem reticulat activator ascendent" (SRAA).

În 1951, Lindsley formulează teoria activatoare a emoţiilor şi încearcă de fapt să explice atît emoţiile, cît şi motivaţia în termeni de activare cerebrală. Malmo (1959) se referă la gradul sau nivelul de activare, care corespunde grosso modo teoriei lui Lindsley, conform căreia avem de-a face cu un continuum de niveluri de activare, avînd fiecare corespondentul lor comportamental mergînd de la somnul profund pînă la emoţia puternică, frica sau anxietatea. Bloch (1966) propune termenul de activare pentru a desemna intensificarea activităţii SNC şi a proceselor periferice care rezultă din aceasta (cu mobilizarea energetică implicită), deci o schimbare a stării funcţionale. După Reuchlin (1981, p. 492), ar fi de dorit separarea „vigilenţei (sau activităţii) ce se observă în planul conduitelor" de termenul de activare „care ar fi mai bine de păstrat pentru trecerea de la un anumit nivel de vigilenţă sau activitate la nivelul superior". Eysenck (1976) se întreabă dacă poate fi considerată activarea drept un concept unitar sau dacă nu ar trebui divizată în componente electrocorticală, autonomă şi comportamentală.

Importanţa activării în explicarea mecanismelor de activitate psihică normală explică din ce cauză cercetătorii s-au preocupat de studiul ei în patologia psihiatrică şi în tulburările de dezvoltare psihologică. Ca urmare a unor studii experimentale, au fost puse în evidenţă, în aproape toate nevrozele şi psihozele, modificări ale activării. Aceste tulburări se manifestă în special sub formă de hiperactivare, hipoactivarea fiind şi ea prezentă în unele cazuri (Duffy, 1962).

7. Stimularea periferică este însoţită de apariţia a două tipuri de răspunsuri corticale: răspunsuri locale sau potenţiale evocate (PE) şi răspunsuri generale, care implică ansamblul activităţii electrice corticale. PE sînt decelate în zona de proiecţie a sistemului stimulat şi au o morfologie specifică (Stamatoiu, 1974).

8. În cazul analgeziei, este vorba de o abolire a sensibilităţii la durere. Anestezia se referă la o lipsă generală sau parţială a capacităţii de a simţi.

9. Într-o primă trecere în revistă a problemei, Miller (1984) abordează problema leziunilor structurilor trunchiului cerebral, care ar modula relaţiile cu scoarţa cerebrală şi a doua arie somato-senzorială.

10. Una dintre primele lucrări asupra biologiei suicidul este cea a lui Bunney şi Fawcett (1965), care notează existenţa unei legături între comportamentul suicidar al pacienţilor depresivi şi un nivel crescut al excreţiei urinare a metaboliţilor cortizolului şi propun, pe această bază, estimarea riscului suicidar printr-un test biologic. Aparent, această propunere nu a fost urmată întrucît suicidul, la fel ca şi nivelul crescut al excreţiei urinare de cortizol, se află în strînsă legătură cu stresul. O altă direcţie de cercetare apare în

lucrarea lui Linkowski *et al.* (1983) privind relaţia dintre răspunsurile la tireostimulină şi comportamentul suicidar la femei depresive.

11. Neurotransmiţătorii sînt substanţe eliberate, sub influenţa excitaţiei, de terminaţiile nervoase. Ei sînt mesageri chimici întrucît transmit excitaţia (informaţia), la nivelul sinapsei, de la un neuron la celălalt în sistemul nervos şi de la nervi la muşchi sau la diferite organe. Neurotransmiţătorii mai cunoscuţi sînt: acetilcolina şi noradrenalina, dopamina, adrenalina, serotonina, histamina, acidul gamaaminobutiric (GABA). Neurotransmiţătorul care ne interesează în acest capitol, serotonina (5-hidroxitriptamina, 5HT), se transformă în acid 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA).

12. Nivelurile reduse de 5-HIAA se întîlnesc mai ales în depresiile severe, adică în depresiile psihotice (Davis *et al.*, 1981).

13. Nivelurile 5-HIAA cresc o dată cu vîrsta şi scad o dată cu înălţimea. Pe de altă parte, majoritatea tratamentelor antidepresive influenţează concentraţiile 5-HIAA.

14. Concentraţii reduse ale 5-HIAA au fost găsite şi la alcoolici cronici în faza de abstinenţă (Ballenger *et al.*, 1979) şi la pacienţi cu tulburări obsesiv-compulsive (Thoren *et al.*, 1980). Nu ar fi exclus ca pacienţii lui Thoren *et al.* să fi fost şi depresivi. De asemenea, un fond depresiv exista, fără îndoială, la pacienţii studiaţi de Ballenger *et al.*

15. Schulsinger *et al.* (1979) au studiat subiecţi care avuseseră tentative de suicid şi care fuseseră adoptaţi pe cînd erau copii. Ei găsesc o frecvenţă mai ridicată a suicidului în familiile naturale decît în cele adoptive ale acestor pacienţi, iar aceasta atît în cazul pacienţilor ce prezentau o suferinţă psihiatrică, cît şi în cazul celor fără o astfel de patologie. Schulsinger *et al.* au formulat ipoteza că aceste rezultate ar putea fi explicate prin existenţa unui factor biochimic, transmis genetic. Acest factor ar fi asociat unui risc ridicat de comportament suicidar, independent de tipul eventualei maladii psihiatrice.

16. Experienţele realizate pe animale demonstrează posibilitatea dobîndirii unor astfel de tulburări. Anisman *et al.* (1980) constată că situaţiile de neajutorare dobîndită (aspect abordat în capitolul de psihopatologie cognitivă) pot conduce, în cazul şoarecilor, la apariţia unor modificări funcţionale ale monoaminelor. Izolarea socială prelungită poate provoca la şoareci o slăbire a procesului de sinteză a serotoninei (Valzelli, 1981).

17. Experienţele lui Valzelli (1981) ilustrează interacţiunile între factori genetici şi cei legaţi de mediu, deopotrivă în ceea ce priveşte sinteza de serotonină şi comportamentul agresiv dezvoltat ca o consecinţă a izolării. În aceste experienţe, intensitatea scăderii sintezei de serotonină, precum şi frecvenţa comportamentelor agresive variază în funcţie de tipul genetic de şoarece.

18. Numeroase observaţii arată că ucigaşii constituie un grup cu risc înalt de suicid.

19. Într-o sinteză privind această problemă, Van Praag (1984, cf. Van Praag, 1987) notează că mai multe grupe de cercetători au identificat un nivel redus de 5-HIAA în LCR la deţinuţii condamnaţi pentru crime violente, precum şi la persoanele prezentînd tulburări ale personalităţii cu o puternică tendinţă de exteriorizare agresivă.

CAPITOLUL 4

Psihopatologie cognitivistă

Originea conceptului de cogniţie se situează, după cum ne reaminteşte Hardy (1986), în divizarea platoniciană a *psyché*-ului în trei domenii : emoţia, cogniţia (sau exercitarea gîndirii conştiente şi raţionale) şi conaţia (noţiune ce se referă la motivaţie, voinţă şi acţiune). Dezvoltarea psihologiei şi a psihopatologiei cognitiviste, extrem de importantă începînd cu anii '60, a determinat o lărgire a conceptului de cogniţie, care se referă acum la ansamblul de procese prin care o persoană dobîndeşte informaţii despre sine şi mediul său şi le asimilează pentru a-şi regla comportamentul (Hardy, 1986)[1]. Acest lucru este exprimat într-o manieră sintetică de unul dintre psihologii cognitivişti, Neisser (1976), atunci cînd defineşte cogniţia ca fiind dobîndirea, organizarea şi utilizarea cunoştinţelor.

Progresele realizate în cadrul abordării cognitiviste a psihopatologiei (abordare centrată în mod prioritar pe aspectele cognitive ale tulburărilor psihopatologice) sînt rezultatul dezvoltării simultane a cercetărilor clinice în domeniul terapiilor cognitive şi a studiilor teoretice vizînd explicarea într-un context cognitivist a apariţiei tulburărilor psihopatologice. Aceste două orientări nu mai sînt independente, în special datorită faptului că majoritatea cercetătorilor din acest domeniu au fost interesaţi, în acelaşi timp, de aspectele teoretice şi de intervenţie.

Abordarea cognitivistă a condus la elaborarea mai multor teorii (Weckowicz, 1984). Dintre acestea, unele pun accent în special pe tulburările sau distorsiunile structurii cognitive şi se

interesează mai ales de „intrările" informaţionale (*input*). Este cazul a ceea ce am putea considera a fi precursoarele teoriilor cognitive actuale : teoria „constructelor personale" ale lui Kelly (1955)[2] şi cadrul teoretic ce fundamentează terapia relaţional--emotivă a lui Ellis (1962)[3]. În acelaşi grup se situează teoria cognitivă privind depresia formulată de Aaron Beck (1967, 1976), autor ale cărui contribuţii la dezvoltarea psihopatologiei cognitiviste sînt fundamentale. Teoria lui Beck s-a dezvoltat pornind de la lucrări ce aveau drept obiectiv testarea unor ipoteze psihanalitice privind visele pacienţilor deprimaţi. Studiile lui Beck, profesor de psihiatrie la Universitatea Pennsylvania din Philadelphia, au permis, pe de o parte, structurarea unui cadru teoretic capabil să explice apariţia depresiei, iar pe de altă parte, elaborarea unui ansamblu de tehnici de intervenţie psihoterapeutică tot mai cunoscut şi utilizat (Blackburn & Cottraux, 1988). Contrar aşteptărilor, abordarea cognitivistă şi în special terapia cognitivă nu au drept unică ţintă depresia. Manualele lui Kendall şi Hollon (1979), Emery *et al.* (1981) arată acest lucru în mod destul de clar.

O a doua grupare reuneşte teoriile preocupate în special de strategiile comportamentale ineficace, deci de „ieşirile" comportamentale (*output*). Printre acestea, cea mai cunoscută este teoria depresiei ca neajutorare dobîndită, elaborată de Martin Seligman (1974, 1975), denumită în prezent teoria disperării a lui Abramson, Seligman şi Teasdale (1978). Interesul teoretic şi practic al teoriilor lui Beck şi Abramson *et al.* explică faptul că primul capitol le este consacrat[4].

Demersul conceptual dominant în psihologia şi psihopatologia cognitivistă este reprezentat actualmente de paradigma tratamentului informaţiei. Conform acestei paradigme, funcţionarea umană poate fi conceptualizată şi înţeleasă în termeni de : „modul în care sînt tratate şi utilizate informaţia provenind din mediul înconjurător şi informaţia internă" (Ingram şi Kendall, 1986). Subiectul este astfel conceput ca un sistem de tratare a informaţiei. Această problematică făcînd obiectul unui mare număr de cercetări, am ales să abordăm în a două secţiune a acestui capitol

unul dintre aspectele cele mai provocatoare: tratamentul inconştient al informaţiei.

A. TEORIILE COGNITIVISTE PRIVIND DEPRESIA

Două dintre teoriile cognitiviste explică apariţia depresiei: teoria lui Beck (1967) şi teoria elaborată de Abramson *et al.* (1978). Dacă Peterson şi Seligman (1984)[5] considerau că studiile disponibile demonstrează validitatea teoriilor cognitiviste ale depresiei, alţi autori cum ar fi Coyne şi Gotlib (1983) ajung la concluzia contrară[6]. Constatînd acest dezacord, Abramson *et al.* (1988) consideră că nu este posibilă evaluarea validităţii teoriilor cognitiviste asupra depresiei pe baza studiilor realizate pînă în prezent. Conform acestor autori, strategiile de cercetare utilizate nu permit testarea într-o manieră adecvată a postulatelor de bază ale celor două teorii menţionate, nu evaluează toate tipurile de relaţii cauzale pe care aceste teorii le implică şi, în fine, nu ţin cont de eterogenitatea tulburărilor depresive (nu există o singură depresie, ci mai multe depresii). Din toate aceste motive, Abramson *et al.* (1988) propun o clarificare şi o reformulare, iar în unele cazuri chiar o modificare a postulatelor de bază ale celor două teorii cognitiviste ale depresiei.

Întrucît lucrarea lui Abramson *et al.* (1988), pe lîngă faptul că este recentă, deschide perspective interesante pentru dezvoltarea ulterioară a abordării cognitiviste a depresiei, ea va fi utilizată în această secţiune a capitolului în special pentru a organiza datele deja clasice. Analiza lui Abramson şi a colaboratorilor săi se bazează pe o serie de precizări terminologice privind noţiunea de cauză. Într-un prim moment, Abramson *et al.* (1988) definesc, în funcţie de relaţiile lor cu apariţia simptomelor, trei tipuri de cauze: necesare, suficiente şi contributive[7].

- **Cauza necesară** reprezintă un factor etiologic ce trebuie să fie prezent pentru ca simptomele să apară. Aceasta nu

înseamnă că apariţia simptomelor este obligatorie în toate cazurile în care este prezentă cauza necesară.

- **Cauza suficientă** este un factor a cărui prezenţă garantează apariţia simptomelor. În acelaşi timp, aceasta înseamnă că, dacă nu apar simptomele, atunci factorul etiologic respectiv nu este prezent sau nu se manifestă.
- **Cauza contributivă** reprezintă un factor etiologic ce măreşte probabilitatea apariţiei simptomelor, dar nu este nici necesară şi nici suficientă pentru apariţia lor.

Cauzele pot fi astfel diferenţiate şi în funcţie de relaţia lor secvenţială cu apariţia simptomelor (Abramson *et al.*, 1988)[8]. Dacă ne vom referi la un lanţ etiologic sau la o secvenţă de evenimente ce culminează cu apariţia unui ansamblu de simptome, atunci anumite cauze pot acţiona spre sfîrşitul lanţului, aproape de momentul apariţiei simptomelor (**cauze proximale**), în timp ce altele pot acţiona la celălalt capăt al lanţului, la mare distanţă de apariţia simptomelor (**cauze distale**). Abramson şi colaboratorii săi prezintă distincţia între cauzele proximale şi distale în termeni de dihotomie. Ei consideră, totuşi, că ar fi mai corectă descrierea unui continuum distal-proximal.

În lucrarea lui Abramson *et al.* (1988), noţiunea de cauză este fundamentală, întrucît ea permite abordarea secvenţei de evenimente care conduce la simptomele depresive. În paragrafele următoare, această secvenţă (în care sînt plasate principalele concepte clasice) va fi examinată pentru fiecare din cele două teorii cognitiviste ale depresiei.

1. Teoria lui Beck

Această teorie poate fi schematizată sub forma unui lanţ cauzal secvenţial care merge de la cauze contributive distale la cauze contributive proximale şi conduce la cauza suficientă proximală a depresiei.

În teoria lui Beck, cauzele contributive distale sînt **diateza cognitivă** şi **stresul** produs de evenimentele negative din viaţă.

Conform lui Beck (1967), există o diateză (o dispoziţie) care face ca anumite persoane să aibă tendinţa de a prezenta mai frecvent decît altele distorsiuni cognitive negative cu privire la sine, la lume şi viitor. În teoria lui Beck, diateza cognitivă este constituită de ceea ce el numeşte o **schemă**. La fel ca şi psihologii cognitivişti (de exemplu Neisser, 1967), Beck defineşte schema ca fiind o reprezentare organizată a cunoştinţelor anterioare care orientează tratarea informaţiei actuale. Schema se constituie pornind de la informaţii culese în decursul experienţelor trecute. Stocată în memorie pe termen lung, schema funcţionează în mod automat. Schema depresogenă are un conţinut negativ care face referinţă la noţiuni cum ar fi pierderea, eşecul, inadecvarea etc. (Alloy *et al.* 1985 ; Beck *et al.* 1979 ; Kuiper *et al.*, 1988). Ea selecţionează, filtrează şi interpretează informaţia, dînd un sens depresiv evenimentelor trăite de subiect. Activată de stresul provocat de evenimentele negative ale vieţii, schema depresogenă conduce la distorsiuni cognitive ale informaţiei primite de subiect (Beck, 1967).

Distorsiunile cognitive (cauze contributive proximale) sînt considerate drept produse relativ automate ale tratamentului informaţiei. Beck susţine că persoanele predispuse la depresie realizează inferenţe nerealiste, extreme şi ilogice referitoare la ei şi la mediul lor. Distorsiunile cognitive cuprind următoarele tipuri de **erori logice** (Beck *et al.*, 1979) :

- inferenţa arbitrară, eroarea logică cea mai frecventă, constă în extragerea de concluzii fără dovezi ;
- abstracţia selectivă este prezentă atunci cînd subiectul se centrează pe un detaliu şi nu percepe semnificaţia globală a situaţiei ;
- suprageneralizarea, ce constă în aplicarea la toate situaţiile posibile a elementelor unei situaţii izolate ;
- majorarea şi minimizarea, erori logice care constau în atribuirea unei mai mari valori eşecurilor şi evenimentelor negative şi devalorizarea reuşitelor şi situaţiilor pozitive, fericite ;

- personalizarea este prezentă atunci cînd subiectul supraestimează propriile sale legături cu evenimentele negative, defavorabile ;
- gîndirea absolută, dihotomică, întîlnită atunci cînd subiectul se închide în alternativa totul sau nimic, fără modulare posibilă între extreme.

După Abramson *et al.* (1988), **triada cognitivă negativă** ar constitui cauza suficientă proximală în teoria lui Beck. Această triadă implică un punct de vedere negativ (sau o opinie negativă) despre sine însuşi, judecăţi pesimiste referitoare la lumea din jur şi un punct de vedere negativ privind viitorul, în special aşteptarea ca dificultăţile prezente să persiste[9].

Prezenţa triadei cognitive negative este însoţită de apariţia simptomelor depresive[10] care sînt, conform lui Beck :

- auto-reproşul (sau auto-critica) de a nu fi reuşit, de exemplu, o sarcină aşa de bine cum ar fi fost de dorit ;
- culpabilitatea (atunci cînd lucrurile merg rău, persoana depresivă consideră că aceasta se întîmplă din cauza sa) ;
- dependenţa crescută, consecinţă a viziunii negative a subiectului asupra propriei persoane şi a lumii.

2. Teoria lui Abramson, Seligman şi Teasdale

Elaborată de Abramson *et al.* (1978, 1987, 1988), a doua teorie cognitivistă privind depresia este denumită teoria disperării (*hopelessness*). Anterior ea a mai fost cunoscută sub denumirea de teoria reformulată a neajutorării (*helplessness*)[11] şi depresiei.

Teoria lui Abramson şi a colaboratorilor săi face referinţă la o secvenţă de cauze ce se termină prin cauza proximală suficientă a depresiei : disperarea. Secvenţa debutează printr-o cauză contributivă distală, **apariţia evenimentelor de viaţă negative**, sau **ne-apariţia evenimentelor de viaţă pozitive**. O altă cauză contributivă distală este **stilul depresogen de atribuire** sau **diateza privind atribuirea**. Este vorba aici de faptul că anumite persoane, spre deosebire de altele, manifestă o tendinţă generală

de a atribui evenimentele negative unor factori interni, stabili şi globali[12], considerînd aceste evenimente drept foarte importante. În absenţa evenimentelor de viaţă negative sau în prezenţa celor pozitive, persoanele ce manifestă acest stil depresogen de atribuire nu prezintă un risc mai mare decît altele de a dezvolta o patologie depresivă. Acest aspect al teoriei depresiei este conceptualizat sub denumirea de componentă diateză-stres (Abramson *et al.*, 1987 ; Kayne *et al.*, 1987 ; cf. Abramson *et al.*, 1988 ; Metalsky *et al.*, 1982 ; Metalsky *et al.*, 1987) : tendinţa de a atribui evenimentele negative unor factori interni, stabili şi globali şi de a considera aceste evenimente drept foarte importante reprezintă o cauză contributivă distală a depresiei, care acţionează doar în prezenţa şi nu în absenţa evenimentelor de viaţă negative. În înlănţuirea cauzală descrisă de Abramson *et al.*, faptul că, pe de o parte, subiectul atribuie evenimentele de viaţă negative unor factori stabili şi globali, iar pe de altă parte, acordă o mare importanţă acestor evenimente, constituie cauza contributivă proximală[13].

În teoria lui Abramson *et al.*, cauza suficientă proximală este **disperarea**, termen ce descrie următoarele două elemente centrale :

- aşteptări negative legate de obţinerea unor rezultate valorizate ;
- sentimente de disperare legate de incapacitatea de a modifica probabilitatea de apariţie a acestor rezultate, nici unul dintre răspunsurile din repertoriul subiectului nepermiţîndu-i efectuarea unei astfel de modificări.

Este important de subliniat că Abramson *et al.* (1978) au formulat ipoteza că disperarea este cauza proximală suficientă, dar nu şi necesară a depresiei. Recunoscînd caracterul eterogen al depresiei, ei iau în discuţie posibilitatea ca şi alţi factori să fie suficienţi pentru a o putea provoca.

Depresia la care se referă teoria disperării ar fi caracterizată de cel puţin trei simptome majore :

- o întîrziere a apariţiei răspunsurilor voluntare (simptom motivaţional) ;

- dificultatea întîmpinată de subiect în a realiza că răspunsurile sale pot avea un efect asupra acestor rezultate negative, rezultate aflate în legătură cu disperarea sa (simptom cognitiv) ;
- tristeţe (simptom emoţional).

Depresia ce face obiectul teoriei lui Abramson *et al.* include şi un al patrulea simptom, scăderea stimei de sine, constatată atunci cînd subiecţii se aşteaptă ca alte persoane să obţină rezultate importante pe care ei nu pot spera să le atingă, adică atunci cînd ei fac atribuiri interne, stabile şi globale pentru rezultatele lor negative (Abramson *et al.*, 1978).

Alte simptome pot, de asemenea, să caracterizeze acest tip de depresie : ideile suicidare şi tentativele de suicid (Beck *et al.*, 1975 ; Kazdin *et al.*, 1983 ; Minkoff *et al.*, 1987 ; Petrie & Chamberlain, 1983) sau lipsa de energie, apatia, întîrzierea psihomotorie, simptome ce constituie expresia unei scăderi importante a motivaţiei de a oferi răspunsuri voluntare (Beck, 1967).

În ciuda unor diferenţe importante, cele două teorii cognitiviste ale depresiei prezintă şi asemănări care îi fac pe Abramson *et al.* (1988) să conceptualizeze aceste teorii drept modele cognitive diateză-stres ale depresiei. După părerea noastră, o altă asemănare importantă o constituie posibilitatea de a utiliza, în cadrul ambelor teorii, instrumente de măsură care să permită studiul rolului cogniţiilor în apariţia depresiei. Printre aceste instrumente se numără „chestionarul privind stilul de atribuire" (Seligman *et al.*, 1979 ; Peterson *et al.*, 1982), „testul de stil cognitiv" (Blackburn *et al.*, 1986) care măsoară cele trei elemente ale triadei negative şi scala de disperare denumită „chestionar H" (Beck *et al.*, 1974 ; Cottraux *et al.*, 1985). Toate aceste instrumente de măsură sînt aproape invariabil auto-evaluări prin chestionare cu itemi închişi. Premisele acestui tip de evaluare [puse de altfel în discuţie de Nisbett şi Wilson (1977) şi Langer (1978)] implică faptul că subiecţii au acces la propriile lor cogniţii şi, în plus, că sînt dispuşi să le dezvăluie.

B. APORTUL CERCETĂRILOR PRIVIND TRATAMENTUL INCONŞTIENT AL INFORMAŢIEI

Interesul acordat în psihopatologia cognitivistă problemei tratamentului inconştient al informaţiei reprezintă un episod relativ recent al unei lungi serii de contribuţii la studiul noţiunii de inconştient. Aceasta, după cum arată mai mulţi autori, este anterioară lui Freud. „Ea începe o dată cu «percepţiile confuze» ale lui Leibnitz ; s-a dezvoltat cu Herbart ; a fost întărită de curentul romantic, iar apoi de către Schopenhauer, culminînd în celebra lucrare apărută în 1859 a lui Ed. von Hartmann, cunoscută de Freud : *Philosophie des Unbewussten* (*Filosofia inconştientului*)..." (Anzieu, 1975). Două lucrări refac pasionanta istorie a acestui concept, ilustrînd diversitatea abordărilor utilizate : *L'inconscient avant Freud* (Whyte, 1971) şi *À la découverte de l'inconscient* (Ellenberger, 1974).

Reticenţi iniţial în a utiliza termenul de inconştient, cercetătorii cognitivişti au creat termeni noi cum ar fi „pre-atenţional" sau „pre-cognitiv", contribuind la o anumită confuzie terminologică. Acumularea unor numeroase dovezi privind existenţa unui tratament inconştient al informaţiei a făcut practic să dispară reticenţele menţionate. Astfel, s-a constituit un nou domeniu de cercetare : o demonstrează unele lucrări cum ar fi cea a lui Dixon (1981) şi capitolul lui Williams *et al.* (1987), elaborat pentru recentul volum intitulat *Psychologie cognitive et troubles émotionnels*.

Cunoştinţele referitoare la tratamentul inconştient al informaţiei provin din studii ce abordează trei probleme diferite : 1) relatarea verbală a operaţiilor cognitive de nivel superior, ce stau la baza comportamentelor de alegere dintre mai multe alternative, de formulare a judecăţilor sau de rezolvare a problemelor ; 2) efectul informaţiei pe care subiectul trebuie să o ignore în timp ce recepţionează o altă informaţie ; 3) efectul stimulilor subliminali.

1. Urmînd direcţia iniţiată de alţi autori (Miller, 1962; Neisser, 1967; Mandler, 1975), Nisbett şi Wilson (1977) concluzionează o importantă trecere în revistă a problemei, afirmînd că numeroase date sprijină existenţa unui tratament inconştient al informaţiei în cadrul operaţiilor cognitive de nivel superior. Într-adevăr, atunci cînd li se cere subiecţilor să-şi verbalizeze activitatea cognitivă, ei sînt adesea foarte imprecişi. Un exemplu, printre altele, ne este oferit de Storms şi Nisbett (1970), care au administrat un placebo unor subiecţi cu insomnie. Aceştia au negat cu toţii faptul că s-ar fi gîndit măcar puţin la pilulele luate, explicînd ameliorarea stării lor prin aceea că problemele care îi deranjau înainte ar fi fost rezolvate şi, prin urmare, ar fi mai destinşi. Subiecţii nu menţionau influenţa atribuirilor pe care le-au făcut în mod indiscutabil, oferind explicaţii „plauzibile" în loc.

Sprijinindu-se pe datele trecute în revistă, Nisbett şi Wilson susţin că noi nu sîntem conştienţi decît de produsele proceselor noastre mintale. De asemenea, introspecţia nu ne permite accesul la procesele reale[14]. Relatările verbale nu sînt bazate pe o adevărată introspecţie, ci mai curînd pe teorii cauzale implicite, provenind din mediul cultural al subiecţilor.

Rezultatele studierii relatărilor verbale ale operaţiilor cognitive de nivel superior pot fi explicate şi în alte două moduri. Prima explicaţie pleacă de la faptul că între momentul de început al procesului şi momentul în care se realizează relatarea verbală există un interval de timp. În aceste condiţii, imprecizia relatării ar putea fi consecinţa unui deficit mnezic. O a doua explicaţie ţine de dificultăţile întîmpinate de subiecţi la transcrierea în cod verbal a reprezentării conştiente a procesului. Datele obţinute prin studii mai recente (Berry & Broadbent, 1984; Broadbent *et al.*, 1986) sprijină această a doua explicaţie. În aceste cercetări subiecţii trebuiau să lucreze cu sisteme dinamice complexe de control (cum ar fi simulările pe ordinator ale unor sisteme de transport sau a sistemelor economice), modificînd diferiţi parametri şi observînd efectul acestor schimbări. În aceste experimente, performanţa subiecţilor se ameliorează, atingînd niveluri

aproape imprevizibile pornind de la capacitatea lor limitată de a descrie verbal dinamica sistemelor respective. Cele două explicaţii menţionate anterior arată că imposibilitatea de a prezenta verbal un proces nu înseamnă neapărat că subiectul nu este conştient de procesul respectiv.

2. A doua sursă de informaţii privind tratamentul inconştient al informaţiilor este constituită de cercetările referitoare efectul informaţiei pe care subiectul trebuie să o ignore atunci cînd este atent la o altă informaţie. Procedeul tipic a fost introdus de Cherry (1953) : subiectul ascultă şi repetă cu voce tare mesajul emis spre una dintre urechile sale, ignorînd mesajul care îi este prezentat simultan la cealaltă ureche. Deşi subiecţii nu sînt conştienţi de conţinutul mesajului pe care trebuie să-l ignore, numeroase date demonstrează că informaţia conţinută în mesajul respectiv este tratată din punct de vedere semantic. Subiecţii pun în legătură această informaţie cu experienţa lor anterioară şi dau răspunsuri adecvate, totul într-o manieră inconştientă (Corteen & Wood, 1972 ; Corteen & Dunn, 1974 ; Von Wright *et al.*, 1975 ; Forster & Govier, 1978 ; Govier & Pitts, 1982).

În cursul fazei iniţiale a acestor studii a fost realizată o condiţionare a răspunsului electrodermografic (EDG)[15] de o anumită categorie de cuvinte-stimuli (nume de oraşe, de exemplu), prezentînd aceste cuvinte simultan cu nişte şocuri electrice. Ulterior, aceleaşi cuvinte erau prezentate, împreună cu altele, urechii ce recepţiona mesajul care trebuia ignorat. În aceste condiţii, subiecţii continuau să prezinte răspunsuri EDG la cuvintele-stimuli condiţionate, precum şi la sinonime sau la cuvinte din aceeaşi categorie.

Cu toate că autorii acestor studii şi-au luat un oarecare număr de precauţii metodologice[16], demersul propus nu a fost ferit de critici. Putem cita, de exemplu, pe acei care presupun că din timp în timp subiecţii iau la cunoştinţă (parţial sau integral) mesajul respectiv, tratîndu-l din punct de vedere semantic, deşi această conştientizare este atît de scurtă încît nu permite subiectului să-şi amintească sau să recunoască ulterior mesajul. Această

presupunere pare a fi confirmată de diverse date, printre care cele ale lui Newstead şi Dennis (1979), care au adoptat mai multe măsuri pentru a reduce probabilitatea deplasării atenţiei spre sursa de informaţii pe care subiectul trebuie să o neglijeze: reducerea pauzelor dintre fraze şi adăugarea de material de umplutură pentru ca stimulii critici să nu apară după o perioadă de linişte (fapt ce atrage de obicei atenţia). În aceste condiţii experimentale nu se mai poate pune în evidenţă vreun efect al informaţiei pe care subiectul nu ar trebui să o asculte. Se poate concluziona că efectele notate anterior au fost provocate de conştientizări momentane produse de deplasarea atenţiei în direcţia sursei pe care subiectul ar fi trebuit să o neglijeze.

3. Studiile asupra efectului stimulilor subliminali constituie a treia sursă de cunoştinţe privind tratamentul inconştient al informaţiilor. Aceste studii oferă dovezi incontestabile referitoare la faptul că stimuli nedetectabili la nivelul conştient sînt trataţi din punct de vedere structural şi semantic. Pentru a face un stimul nedetectabil, se poate fie reduce intensitatea sau durata sa, fie folosi tehnica mascării[17]. În cazul din urmă, un stimul maschează alt stimul care îi este anterior acestuia şi care, dacă nu ar fi fost mascat, ar fi fost perceput în mod conştient. Mascarea poate fi realizată cu un stimul omogen cu o intensitate luminoasă mare (mascare „energie") sau cu un stimul figurativ, structurat (mascare „structură"). Cercetările efectuate asupra acestor două tipuri de mascare (Turvey, 1973; Marcel, 1983) tind să arate că mascarea „energie" acţionează la periferie, înaintea oricărui tratament central. Mascarea „structură" poate acţiona, din contra, la nivel central, permiţînd astfel producerea unui tratament inconştient.

Cercetările privind tratamentul informaţiei subliminale au atras atenţia mai multor clinicieni, care au început să examineze utilitatea diagnostică şi terapeutică potenţială a prezentării subliminale a anumitor stimuli. Utilizarea în scopuri diagnostice se bazează pe ipoteza că prezentarea subliminală (avînd o durată de 4 milisecunde) a anumitor stimuli şi enunţuri este capabilă să

activeze conflictele legate de diferite tulburări psihopatologice. Acest proces este cunoscut sub numele de paradigma activării psihodinamice. Rezultatele obţinute în cadrul unei vaste serii de cercetări conduse de Silverman şi colaboratorii săi sprijină anumite ipoteze psihanalitice referitoare la schizofrenie (Silverman & Spiro, 1968), depresie (Miller, 1973), balbism (Silverman *et al.*, 1972) şi homosexualitate (Silverman *et al.*, 1973). În aceste cercetări, stimuli şi enunţuri de control prezentate subliminal, precum şi enunţuri pertinente pentru conflictele pacienţilor, dar prezentate la un nivel supraliminar, nu au avut nici un efect asupra psihopatologiei respective.

Stimulii utilizaţi în cercetarea lui Silverman şi Candell (1970), realizată pe bărbaţi diagnosticaţi cu schizofrenie, au fost următorii :

– desenul unui bărbat pe punctul de a înjunghia o femeie (stimul **agresiv**), însoţit de mesajul verbal „discuţie aprinsă" ;

– desenul a doi bărbaţi cu o expresie binevoitoare, situaţi unul în faţa celuilalt (stimul **neutru**), însoţit de mesajul verbal „oameni care discută" ;

– desenul unui bărbat şi al unei femei în picioare, împreună, liniile de separare dintre cele două figuri fiind şterse, unindu-se astfel ca doi gemeni siamezi (stimul **fuzional**), însoţit de mesajul verbal „mama şi cu mine una sîntem".

În studiul făcut pe adolescenţi cu balbism, Silverman *et al.* (1972) au formulat ipoteza că tulburările de vorbire se intensifică după prezentarea unor desene comunicînd teme anale sau oral-agresive.

În această cercetare, stimulul **anal** era reprezentat de un cîine în timpul defecaţiei, stimulul **oral-agresiv** de imaginea unui leu care rage, iar stimulul **control** – de imaginea unei păsări ce se aşază cu aripile întinse.

Silverman a aplicat acelaşi tip de abordare în terapie[18]. Pentru a contracara, de exemplu, tulburările emoţionale la un adult, el a administrat mesaje subliminale vizînd satisfacerea unei dorinţe simbiotice precoce. În acest context, formularea „mama şi cu mine una sîntem" s-a dovedit a fi remarcabil de eficace (Kaye, 1975 ; Silverman *et al.*, 1976 ; Silverman, 1980, 1983, 1984).

Alte studii folosind procedee de acest tip au ajuns la rezultate pozitive în raport cu obiectivele, cum ar fi reducerea tulburărilor de gîndire la schizofreni (Silverman & Candell, 1970), diminuarea anxietății la persoane homosexuale (Silverman *et al.*, 1973), scăderea în greutate la persoane obeze (Silverman *et al.*, 1978), sau ameliorarea rezultatelor școlare (Ariam, 1979).

Pe lîngă rezultatele favorabile, terapia realizată prin mesaje subliminale ar avea un alt avantaj major : ea nu provoacă anxietatea și disconfortul creat de recepționarea conștientă a mesajelor respective. Tyrer *et al.* (1978), precum și Lee și Tyrer (1980) au reușit să desensibilizeze pacienți cu agorafobie folosind filme referitoare la situația fobogenă, proiectate la un nivel de iluminare care nu permitea o percepere conștientă. Procedeul subliminal a fost trăit în mod semnificativ mai puțin stresant decît prezentarea supraliminală, și chiar decît situația de control, în care nu exista film în aparatul de proiecție. Într-o experiență ulterioară, Lee *et al.* (1983) au constatat că o tehnică implicînd trecerea – pe măsura progreselor terapeutice – de la prezentări subliminale la prezentări supraliminale ar fi mult mai eficace decît procedeele ce constau în prezentări strict subliminale sau strict supraliminale. Deși încurajatoare, astfel de cercetări au fost obținute pe loturi reduse (cinci-șase subiecți într-un grup), fiind necesară verificarea lor pe populații mai importante. De asemenea, trebuie notat că încercările de replicare a paradigmei activării psihodinamice nu au reușit întotdeauna (Condon & Allen, 1980 ; Heilbrun, 1980 ; Oliver & Burkham, 1982 ; Haspel & Harris, 1982 ; Porterfield & Golding, 1985). Silverman (1985) atribuie totuși multe dintre eșecuri unor diferențe de procedură.

Dacă vom analiza din nou cele trei surse de cunoștințe privind tratamentul inconștient al informației, vom constata că studiul efectului stimulilor subliminali reprezintă direcția de cercetare cea mai promițătoare pentru psihopatologie, în special pentru verificarea unor ipoteze etiologice. Cercetările viitoare vor trebui să fie relaționate în mod sistematic cu postulatul lui Shevrin și Dickman (1980) referitor la „inconștientul psihologic". Dacă datele disponibile confirmă ceea ce numim forma „slabă" a

acestui postulat (procesele inconştiente există şi afectează în mod activ procesele conştiente), psihopatologia ar avea, fără îndoială, de profitat dacă ar dispune de rezultatele unor cercetări legate de a două formă, numită „puternică", a postulatului lui Shevrin şi Dickman, care precizează că procesele conştiente şi inconştiente sînt guvernate de reguli diferite. Descoperirea unor astfel de legi ar constitui un avans important în cîmpul psihopatologiei cognitiviste.

REZUMAT

Abordarea cognitivistă a psihopatologiei vizează explicarea tulburărilor mintale ţinînd cont de procesele prin intermediul cărora o persoană dobîndeşte informaţii despre sine şi mediu, asimilîndu-le pentru a-şi regla comportamentul.

Această abordare poate fi ilustrată de cele două teorii care explică apariţia depresiei. Prima, teoria lui Aaron Beck, poate fi schematizată sub forma unei secvenţe ce cuprinde următoarele cauze : (a) cauzele contributive distale reprezentate de schema depresogenă (care constituie o diateză sau predispoziţie) şi de stresul generat de evenimentele de viaţă negative ; (b) cauzele contributive proximale reprezentate de distorsiunile cognitive (diferitele tipuri de erori logice comise de subiect) ; (c) cauza suficientă proximală constituită din triada negativă (un punct de vedere negativ privind propria sa persoană, judecăţi pesimiste privind lumea exterioară şi un punct de vedere negativ referitor la viitor).

A doua teorie, elaborată de Abramson, Seligman şi Teasdale, este denumită teoria disperării. Ea se referă la o secvenţă care începe prin două cauze contributive distale : (a) apariţia de evenimente de viaţă negative sau ne-apariţia de evenimente pozitive ; (b) o diateză legată de atribuire (stil depresogen de atribuire), care înseamnă că anumite persoane au tendinţa generală de a atribui evenimentele negative unor factori interni, stabili şi globali şi de a considera aceste evenimente ca fiind foarte importante. Cauza contributivă proximală o reprezintă faptul că, pe de o parte, subiectul atribuie evenimentele de viaţă negative unor factori stabili şi globali, iar pe de altă parte el acordă o mare importanţă acestor evenimente. În teoria lui Abramson *et al.*, cauza suficientă proximală o constituie disperarea, termen ce descrie aşteptările negative privind obţinerea unor rezultate valorizate, precum şi sentimente de

disperare legate de incapacitatea de a schimba probabilitatea de apariţie a acestor rezultate, nici unul dintre răspunsurile din repertoriul propriu al subiectului nepermiţîndu-i realizarea unei astfel de schimbări.

Demersul conceptual dominant în psihopatologia cognitivistă este actualmente paradigma tratamentului informaţiei. Numeroase cercetări sînt consacrate tratamentului inconştient al informaţiei, problematică importantă pentru psihopatolog. Cunoştinţele referitoare la tratamentul inconştient al informaţiei provin din studii ce urmăresc trei probleme: (1) relatarea verbală a operaţiilor cognitive de nivel superior; (2) efectul informaţiei pe care subiectul ar trebui să o ignore atunci cînd este atent la altă sursă de informaţii; (3) efectul stimulilor subliminali, care reprezintă direcţia de cercetare cea mai promiţătoare, în special pentru verificarea anumitor ipoteze etiologice de origine psihanalitică.

NOTE

1. Hardy (1986) notează că definiţia actuală a proceselor cognitive permite analiza, în termeni de cogniţie, a unor aspecte ale activităţii emoţionale „care constituiau deja pentru Wundt o formă de judecată precognitivă".

2. Este vorba de o teorie a personalităţii în care „constructele personale" permit stabilirea – cu scopul de a identifica un sens al evenimentelor – a „unei relaţii comparative între două lucruri pe o dimensiune bipolară de tip bine-rău" (Blackburn & Cottraux, 1988).

3. Obiectivul acestei metode este acceptarea necondiţionată de sine. Din această perspectivă, judecăţi de tipul: „Sînt un ratat" trebuie înlocuite cu judecăţi care să pună accentul pe relativismul eşecurilor: „Am eşuat în acea zi, la acel examen".

4. Teoriile cognitiviste au suferit şi suferă numeroase remanieri. De exemplu, la începutul cercetărilor sale, Beck (1967) susţinea că distorsiunea cognitivă ar fi elementul cauzal din care ar deriva ansamblul simptomelor depresive. Mai tîrziu, Beck (1984a şi b) considera că perturbarea cognitivă nu este prin ea însăşi o cauză a depresiei. Această disfuncţie a gîndirii face mai curînd parte integrantă din structura stării depresive şi reprezintă în acelaşi timp un factor declanşator şi unul de menţinere a depresiei.

5. Peterson şi Seligman (1984) au trecut în revistă studii realizate între 1978 şi momentul apariţiei articolului lor, studii ce au urmărit testarea teoriei lui Abramson *et al.* (1978).

6. Fapt interesant, Coyne şi Gotlib (1983) ajung la această concluzie analizînd o bună parte din studiile care le-au servit lui Peterson şi Seligman (1984) pentru demonstrarea validităţii abordării cognitiviste a depresiei.

7. Între aceste trei tipuri de cauze există diverse relaţii: un factor etiologic poate fi necesar şi suficient, necesar, dar nu suficient, sau suficient, dar nu necesar pentru apariţia ansamblului de simptome. De asemenea, dacă o cauză este contributivă, ea nu poate fi nici suficientă, nici necesară, şi viceversa.

8. Abramson *et al.* (1988) precizează că diferitele concepte menţionate - cauze necesare, suficiente, contributive sau proximale şi distale - nu epuizează toate tipurile posibile de relaţii între cauze şi simptome.

9. Punctul de vedere negativ asupra propriei persoane include convingerea de a fi imperfect, inadecvat sau nedemn de încredere. Această opinie negativă se concretizează în afirmaţii cum ar fi: „Pe plan profesional sînt mai puţin bun decît Cutare", sau „Mi-am ratat complet rolul de părinte" etc. Viziunea negativă asupra lumii se exprimă prin judecăţi pesimiste referitoare la lumea exterioară. În fine, punctul de vedere negativ referitor la viitor se manifestă prin faptul de a anticipa în manieră negativă rezultatele oricărei sarcini specifice („Sînt sigur că nu voi reuşi") sau faptul de a considera că în viitor eşecul şi ghinionul sînt inevitabile.

10. Întrucît în modelul lui Beck imaginea de sine negativă este considerată a fi una din cauzele depresiei, pentru a evita o tautologie, Abramson *et al.* (1988) nu includ stima de sine redusă printre simptomele acestui tip de depresie. Trebuie notat, de asemenea, că Beck (1967, 1976) include disperarea în triada cognitivă negativă.

11. Seligman (1975) a studiat pe cîini rolul evenimentelor aversive. Procedeul experimental cuprindea trei etape. În cursul primei etape, Seligman i-a învăţat pe cîini să sară într-un compartiment neelectrificat pentru a evita şocurile electrice pe care le puteau primi în compartimentul în care se aflau, şi care era electrificat. În a doua etapă a experienţei, jumătate din animalele incluse în studiu au primit şocuri electrice inevitabile (indiferent de compartiment). În fine, într-o a treia etapă, animalele erau situate din nou în dispozitivul iniţial. Seligman constată că 2/3 dintre cîinii ce fuseseră supuşi unor şocuri electrice inevitabile şi-au pierdut capacitatea învăţată de a scăpa de şocuri, adică erau incapabili să sară în celălalt compartiment, neelectrificat. Acest comportament inhibat a fost denumit „neajutorare învăţată" (*learned helplessness*) sau, după cum mai traduc alţi autori, „resemnare învăţată". Considerat drept un model analog experimental pentru depresie, transpunerea sa în clinica umană a necesitat o reformulare.

12. Caracterul stabil se referă la durată. Calificativul de „global" (antonimul său este „specific") semnalează că factorii respectivi afectează un număr important de rezultate ale subiectului.

13. Formularea în 1978 a teoriei disperării nu preciza în mod clar dacă atribuţiile cauzale contribuie doar la cronicizarea (sau generalizarea) simptomelor, sau dacă ele contribuie şi la apariţia însăşi a simptomelor. În textul din 1988,

Abramson *et al.* precizează că această cauză proximală contribuie atît la apariţia, cît şi la cronicizarea sau generalizarea simptomelor depresive.

14. Aceste afirmaţii pot fi criticate folosind argumente de tip logic (Smith & Miller, 1978; White, 1980). Deoarece nu dispunem actualmente de o definiţie satisfăcătoare a produselor, respectiv a proceselor mintale, nu avem criterii care să ne permită să definim un eveniment mintal ca fiind un produs sau un proces. Dacă folosim drept criteriu de discriminare caracterul conştient – numind tot ceea ce este conştient „produs", iar tot restul „proces" –, riscăm să formulăm un raţionament circular, întrucît nici o predicţie experimentală nu poate fi făcută pornind de aici.

15. Răspuns fiziologic ce apare la excitarea senzorială sau la o emoţie, şi care este legat de o creştere a activităţii glandelor sudoripare ce modifică rezistenţa electrică a pielii.

16. La sfîrşitul experimentului, subiecţii erau de obicei întrebaţi dacă pot reproduce ceva din mesajul căruia nu trebuiau să-i acorde atenţie. În alte cazuri, subiecţii trebuiau să recunoască, în cadrul unui test ulterior experimentului, unele cuvinte dintre cele prezentate în acest mesaj.

17. În capitolul consacrat psihopatologiei experimentale sînt prezentate mai multe cercetări în care este utilizat procedeul mascării, pentru a studia viteza de tratare a informaţiei în cazul schizofreniei.

18. Mesajele subliminale au fost folosite, de asemenea, pentru a testa ipoteza că performanţa în situaţia de competiţie este influenţată de conflictul oedipian. Silverman *et al.* (1978) prezintă patru studii în care performanţa la aruncarea săgeţilor a fost puternic afectată de prezentarea subliminală (cu o durată de 4 milisecunde) a mesajului : „E rău să-l loveşti pe tata" şi respectiv îmbunătăţită, atunci cînd mesajul era : „E bine să-l loveşti pe tata". Prezentările supraliminare nu au avut un astfel de efect.

CAPITOLUL 5

Psihopatologia din perspectiva dezvoltării umane

Constituirea unei astfel de abordări în psihopatologie este rezultatul mai multor contribuţii. Printre acestea, un loc important îl ocupă cercetările iniţiate la începutul anilor '60 de Edward Zigler şi colaboratorii săi. Un capitol publicat în *Manuel de psychologie de l'enfant* al lui Mussen (Rutter & Garmezy, 1983), două articole apărute în 1984 în revista *Child Development* (Ciccheti, 1984 ; Stroufe & Rutter, 1984) şi mai ales volumul lui Edward Zigler şi Marion Glick (1986), *Une approche développementale de la psycho-pathologie adulte*, atestă importanţa contribuţiilor şcolii lui Zigler. Aceasta îşi are originea la Spitalul de Stat din Worcester şi la Universitatea Clark, spaţii unde conceptele lui Heinz Werner (1937, 1948, 1957 ; Werner & Kaplan, 1963) au servit drept cadru teoretic pentru înţelegerea fenomenelor psihopatologice.

Influenţa lui Werner se manifestă în utilizarea unei conceptualizări „organizaţionale" a dezvoltării (Zigler & Glick, 1986), dezvoltare văzută ca reprezentînd o serie de reorganizări calitative ce s-ar realiza în concordanţă cu **principiul ortogenic** (Werner, 1948). Acest principiu afirmă că organismul în dezvoltare trece, datorită diferenţierilor şi integrării ierarhice, de la o stare relativ difuză şi global nediferenţiată, la o stare cu o mai mare articulare şi de complexitate organizată. Din această perspectivă, cercetătorul se interesează de schimbare nu ca funcţie de timp, ci mai curînd ca o grupare de procese „organismice" care au loc în

decursul timpului[1]. Considerînd că dezvoltarea este constituită dintr-o serie de schimbări structurale sau formale, poziția „organismică” conferă un rol minor secvenței temporale și cronologiei.

Din perspectiva dezvoltării după Zigler, dezvoltarea normală nu se definește în termeni de nivel mediu de funcționare, ci mai curînd în termeni de competențe sociale, emoționale și cognitive, care se intersectează. Faptul că o persoană este competentă în cursul unei perioade a dezvoltării sale explică adaptarea sa la mediu și pregătește, în același timp, formarea competenței pentru perioada de dezvoltare următoare.

Școala lui Zigler concepe dezvoltarea patologică drept o lipsă a integrării competențelor sociale, emoționale și cognitive, importante pentru adaptarea la un nivel de dezvoltare specific. Pentru Zigler și colaboratorii săi, o idee fundamentală este aceea că tulburările funcționării psihologice pot fi înțelese în contextul dezvoltării normale. Ținînd cont de concepția despre dezvoltarea normală expusă în cele două paragrafe precedente, aceasta înseamnă că orice tulburare precoce poate fi la originea tulburărilor de mai mare anvergură ce apar mai tîrziu. Demersul lui Zigler și Glick (1986) oferă un cadru conceptual care permite compararea diferitelor tulburări prezente la adult. În acest demers, accentul este pus, în același timp, pe asemănările și diferențele dintre procesele psihopatologice și rezultatele evoluției lor.

Printre diferitele concepte care permit clarificarea abordării din perspectiva dezvoltării a lui Zigler, cel de nivel de dezvoltare ni se pare fundamental[2]. Este vorba despre o noțiune (*construct*) dificil de operaționalizat. În demersul care a condus la elaborarea abordării lor, Zigler și Phillips (1960) au ales competența premorbidă drept indice global al nivelului de dezvoltare al pacienților studiați. Indicele de competență premorbidă este calculat pornind de la șase variabile, a căror combinare s-ar presupune că ar putea oferi o evaluare fidelă a diferențelor în dezvoltarea adulților: vîrstă, nivel intelectual, nivel educațional, statut marital, statut ocupațional și istoric profesional. În lucrarea lor din 1986, Zigler și Glick observă că această competență socială

premorbidă, noţiune fundamentală a demersului lor, este prezentă în *DSM III* în calitate de axa a V-a.

Deşi sînt foarte importante, lucrările lui Zigler şi ale colaboratorilor săi nu constituie unica viziune a psihopatologiei din perspectiva dezvoltării. Lucrarea lui Achenbach (1982), autor care a colaborat de altfel cu Zigler, constituie un exemplu de perspectivă sensibil diferită. Mai întîi, acest caz constituie un adevărat tratat de psihopatologie a copilului şi adolescentului. Achenbach este de acord că o abordare din perspectiva dezvoltării poate lămuri toate fazele ciclului vieţii, însă modificările dramatice care apar de la naştere la maturitate fac această abordare esenţială pentru înţelegerea problemelor ce se manifestă în cursul copilăriei şi adolescenţei[3]. În al doilea rînd, maniera însăşi de a concepe utilizarea teoriei dezvoltării în studierea tulburărilor psihologice este diferită : Achenbach afirmă că psihopatologia din perspectiva dezvoltării pune întrebări privind cursul dezvoltării comportamentelor adaptative şi rău adaptate, şi oferă indicaţii pentru a răspunde la acestea. Achenbach precizează că acest demers este mai degrabă un mod de a privi problemele decît o soluţie totală oferită acestor probleme. Rolul său ar fi de a ne ajuta să înţelegem comportamentele anormale în lumina proceselor de dezvoltare. În acest context, Achenbach subliniază că nu există (şi probabil nu va exista niciodată) o teorie a dezvoltării unică pentru toată psihopatologia[4].

O altă direcţie majoră în psihopatologia din perspectiva dezvoltării este reprezentată de urmărirea sistematică a desfăşurării vieţii diferitelor persoane, pentru a decela indicii privind originile şi dezvoltarea tulburărilor mintale[5]. Diferite componente ale lucrării publicate sub direcţia lui Erlenmeyer-Kimling şi Miller (1986) fac bilanţul principalelor cercetări întreprinse în această direcţie :
- identificarea, la descendenţii schizofrenicilor, a indicilor predictivi ai unei viitoare schizofrenii (Cornblatt & Marcuse, 1986 ; Marcuse & Cornblatt, 1986) ;
- studiul după 20 de ani (Srole & Fischer, 1986) al subiecţilor examinaţi în cadrul proiectului Midtown Manhattan Study, proiect conceput iniţial pentru a examina severitatea

simptomelor psihiatrice într-un eşantion ales la întîmplare din populaţia generală ;
- evaluarea, după 15-20 de ani, a unei cohorte de pacienţi internaţi prima oară în anii '50 cu diagnosticul de schizofrenie şi psihoză afectivă (Clausen, 1986) ;
- studiul predictorilor evoluţiei schizofreniei, pornind de la datele culese pe o cohortă („Iowa 500") excepţional de bine studiată şi urmărită conştiincios timp de 30-40 de ani (Tsuang, 1986) ;
- tentativa de a defini fenotipul comportamental al persoanelor susceptibile de demenţă, folosind material colectat în cadrul unei reexaminări după 20 de ani a unor perechi de gemeni (Larue & Jarvik, 1986).

Pentru a ilustra abordarea din perspectiva dezvoltării, vom analiza mai detaliat două aspecte în acest capitol. Primul este clasificarea simptomelor, aspect fundamental pentru psihopatologie. Al doilea este reprezentat de abordarea problemei alcoolismului din această perspectivă, demers care a contribuit la înţelegerea polimorfismului clinic al acestei entităţi. Datele utilizate pentru a prezenta aceste teme au fost obţinute de cercetările şcolii lui Zigler.

A. O CLASIFICARE A SIMPTOMELOR DIN PERSPECTIVA DEZVOLTĂRII

Sindromurile psihiatrice tradiţionale sînt definite prin constelaţii de simptome a căror grupare se bazează pe observaţiile clinicienilor (iar mai recent, pe rezultatul analizelor statistice), care arată că anumite simptome, spre deosebire de altele, apar în acelaşi timp.

Moduri alternative de grupare a simptomelor au fost elaborate pe baza abordării din perspectiva dezvoltării. Grupurile de simptome astfel obţinute au fost interpretate, în unele lucrări, în funcţie de orientarea rolului, iar în altele în funcţie de relaţia cu dimensiunile acţiune-gîndire. Datorită interesului teoretic al unui astfel de demers, aceste două noi tipuri de grupare a simptomelor vor fi prezentate destul de detaliat în această secţiune a capitolului.

1. Gruparea simptomelor în funcţie de orientarea rolului asumat

Dosarele a 604 pacienţi admişi între 1948 şi 1952 la Worcester State Hospital au fost examinate de Phillips şi Rabinovitch (1958). Aceştia au studiat simptomele observate de un psihiatru în cursul primei convorbiri la spital şi cele notate de medicul care a trimis pacientul. Populaţia studiată includea numai pacienţi pentru care fuseseră înregistrate cel puţin două simptome. Studiul lui Phillips şi Rabinovitch a permis izolarea a trei grupe de simptome corespunzătoare, după cum vom vedea, pentru trei orientări ale rolului asumat de către pacient. În fiecare grupă se găseau reunite simptome cu tendinţa de a apărea în acelaşi timp şi care, din contra, nu apăreau simultan cu simptomele celorlalte două grupuri.

Primul grup include simptome conceptualizate ca reflectînd o **retragere în raport cu celelalte persoane** : retragere, suspiciune, halucinaţii, apatie etc. Al doilea grup cuprinde simptome care ar reflecta o **întoarcere împotriva celorlalţi** şi **sibaritismul**[6] : ameninţări cu violenţa, ingestia de băuturi, furt calificat, comportamente iraţionale etc. În fine, simptomele din al treilea grup ar indica o **orientare împotriva propriei persoane** : tentative de suicid, suferinţe legate de corp, insomnie, anorexie[7].

O dată realizate aceste grupări, Phillips şi Rabinovitch au formulat ipoteza ordonării lor în dezvoltare. „Evitarea celorlalţi" a fost conceptualizată drept expresia unei absenţe a diferenţierii între Eu şi lumea exterioară şi ar reprezenta, prin urmare, gruparea cu nivelul de dezvoltare cel mai coborît. Categoria „orientat contra celorlalţi" şi „sibaritism" s-ar situa la un nivel de dezvoltare intermediar, ce ar indica absenţa interiorizării normelor sociale. În fine, a treia categorie, cea care grupează simptomele unei „orientări împotriva propriei persoane", a fost conceptualizată drept orientarea cea mai matură din punctul de vedere al dezvoltării.

Ipoteza că cele trei categorii de simptome descrise de Phillips şi Rabinovitch pot fi ierarhizate din punctul de vedere al dezvoltării

a fost verificată în două studii ulterioare (Zigler & Phillips, 1960, 1962). În prima, Zigler şi Phillips (1960) clasifică simptomele iniţiale notate în fişele a 1053 de pacienţi (652 bărbaţi şi 401 femei), utilizînd drept criteriu orientarea rolului. Ei calculează apoi scorurile pacienţilor pentru fiecare din cele şase componente ale indicelui de competenţă premorbidă, instrument utilizat în cercetările şcolii lui Zigler pentru a evalua nivelul de dezvoltare. Ipoteza majoră a acestui studiu (ipoteză conform căreia subiecţii cu simptome din categoria „orientare împotriva propriei persoane" au scorurile de competenţă socială cele mai ridicate) a fost confirmată. În schimb, scorurile de competenţă socială a pacienţilor aparţinînd categoriei „orientaţi împotriva altora" nu sînt mai ridicate decît cele ale persoanelor din categoria „evitarea celorlalţi". Datele obţinute confirmă, în consecinţă, existenţa a două niveluri de dezvoltare: un nivel mai ridicat corespunzător grupării „orientare împotriva propriei persoane" şi două niveluri alternative inferioare, reprezentate de categoriile „orientare împotriva celorlalţi" şi „evitarea celorlalţi".

O cercetare ulterioară (Zigler & Phillips, 1962) a confirmat absenţa diferenţelor între indicatorii dezvoltării la categoriile „orientare împotriva celorlalţi" şi „evitarea celorlalţi". De această dată, populaţia a fost constituită din 806 pacienţi aparţinînd următoarelor categorii diagnostice: schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, psihonevroză şi tulburări de caracter. După o clasificare a simptomelor iniţiale ale acestor pacienţi în funcţie de orientarea rolului, a fost calculat un „scor-simptom". Acesta exprimă predominanţa, în tabloul clinic al fiecărui pacient, a categoriei „orientare contra propriei persoane", în raport cu celelalte două categorii.

Rezultatele obţinute arată că, pentru pacienţii schizofreni, la fel ca şi pentru cei cu alte diagnostice, persoanele care au scoruri ridicate de competenţă socială tind să obţină scoruri-simptom „orientare contra propriei persoane" mai ridicate. În acelaşi timp, subiecţii care au scoruri reduse de competenţă socială manifestă mai frecvent simptome care implică fie „evitarea celorlalţi", fie „sibaritismul" sau „orientarea împotriva celorlalţi".

Relaţia dintre orientarea rolului şi competenţa socială premorbidă a mai fost obţinută şi în alte studii (Raskin & Golob, 1966 ; Sanes & Zigler, 1971 ; Mylet *et al.*, 1979) şi a fost confirmată transcultural în special în Japonia (Phillips, 1968 ; Draguns *et al.*, 1970 ; Seifert *et al.*, 1971). Ideea că pacienţii care prezintă simptome ce corespund *pattern*-ului „orientare împotriva propriei persoane" au un statut mai ridicat din punctul de vedere al dezvoltării decît cei care prezintă simptome din categoria „orientare împotriva celorlalţi" este sprijinită şi de faptul că pacienţii suicidari (care au ameninţat cu suicidul sau au avut deja tentative) au obţinut scoruri ale dezvoltării mai ridicate la Rorschach, comparativ cu cei care au comis sau ameninţat cu comiterea agresiunilor (Phillips, 1966, cf. Phillips, 1968).

2. *Clasificarea simptomelor în funcţie de dimensiunile* **acţiune** *şi* **gîndire**

Clasificarea simptomelor în funcţie de dimensiunile **acţiune** şi **gîndire** porneşte de la constatarea că acţiunea este anterioară, din punct de vedere ontogenetic, gîndirii. În 1961, Phillips şi Zigler clasifică simptomele în funcţie de dimensiunile acţiune şi gîndire, formulînd ipoteza că această clasificare este legată de nivelul de maturitate evaluat prin scorurile de competenţă premorbidă. Simptomele prezentate la internare de 793 de pacienţi (480 bărbaţi şi 313 femei) au fost clasificate în categoria **acţiune** (acuzaţii de crimă, tentativă de agresiune, tulburări de comportament, ingestie de băuturi, tentative de suicid etc.) sau în categoria **gîndire** (suspiciune, fobii, obsesii, idei suicidare, depersonalizări). Cei 793 de pacienţi au fost ulterior împărţiţi în trei grupuri : „acţiune pură", „gîndire pură" şi „mixt". Primele două grupuri erau constituite din pacienţi prezentînd fie doar simptome de tip acţiune, fie doar simptome de tip gîndire. Cei care manifestau, în proporţie egală, simptome ale categoriilor acţiune şi gîndire erau repartizaţi în grupul mixt, constituit din 136 de subiecţi. 429 de pacienţi (54% din populaţia totală) prezentau fie simptome de tip acţiune, fie simptome de tip gîndire.

Aceasta indică faptul că gruparea simptomelor în cele două clase este departe de a fi întîmplătoare[8].

În concordanţă cu perspectiva dezvoltării umane, Phillips şi Zigler (1961) au obţinut o relaţie puternic semnificativă între scorurile de competenţă socială globală premorbidă şi clasificarea simptomelor pe ceea ce ei au numit un continum acţiune → gîndire. Astfel, pacienţii mai puţin competenţi în plan social tind să manifeste simptome din sfera acţiunii. În acelaşi timp, simptomele pacienţilor mai competenţi în plan social tind să apară în special în domeniile verbalizării şi ideaţiei. Scorurile de competenţă socială ale pacienţilor din categoria mixtă se situează între cele ale pacienţilor din categoriile acţiune şi gîndire. De altfel, pe lîngă legătura cu scorurile ridicate de competenţă socială globală, tendinţa de a manifesta simptome ale categoriei gîndire a fost găsită a fi asociată cu scoruri mai ridicate la fiecare din cele şase componente ale indicelui de competenţă socială premorbidă.

Alte dovezi privind stadiul de dezvoltare relativ coborît al simptomelor din categoria acţiune provin din diferite cercetări. S-a constatat, de exemplu, că apariţia, în cursul copilăriei, a simptomelor orientate spre acţiune sau exteriorizate se asociază cu niveluri mai reduse de competenţă şcolară şi interpersonală (Rolf, 1972; Garmezy *et al.*, 1979). Pe de altă parte, Prugh *et al.* (1953) şi Santostefano (1970) au constatat că simptomele de tip acţiune scădeau în frecvenţă o dată cu înaintarea în vîrstă a copilului.

În cazul primelor internări în secţii de psihiatrie, simptomele de tip acţiune sînt semnificativ mai frecvente la pacienţii mai tineri (Glick *et al.*, 1985). În fine, rezultatele a două teze de doctorat (Kruger, 1954; Misch, 1954) arată că pacienţii ale căror simptome sînt de tip acţiune obţin la testul Rorschach scoruri ale nivelului de dezvoltare mai mici decît pacienţii prezentînd simptome de tip gîndire.

În 1966, Phillips *et al.* (1966) au adăugat sferelor acţiune şi gîndire o a treia sferă, **afectul**, categorie ce regrupează simptome cum ar fi apatia, depresia, euforia, tensiunea etc. În această

cercetare, Phillips *et al.* clasifică simptomele iniţiale a 504 pacienţi psihiatrici (287 bărbaţi şi 217 femei) avînd diagnostice diferite. Ei calculează ulterior scorurile de competenţă socială pentru fiecare simptom sau combinaţie de simptome aparţinînd uneia sau alteia dintre categoriile gîndire, acţiune şi afect. Pe această bază, au fost construite următoarele scale: (a) scala gîndire, cu trei niveluri de competenţă socială (superior, intermediar şi scăzut); (b) scala acţiune, cu doar două niveluri de competenţă socială (ridicat şi coborît) şi (c) scala afect, care are, asemeni scalei gîndire, trei niveluri de competenţă socială[9].

Într-o altă cercetare publicată doi ani mai tîrziu, Phillips *et al.* (1968) au studiat relaţiile dintre clasificarea bazată pe orientarea rolului şi cea bazată pe dimensiunile acţiune-gîndire-afect. Autorii citaţi au pus în evidenţă următoarele relaţii:

- pacienţii avînd în special simptome de tip gîndire manifestă o orientare a rolului de tipul „evitarea celorlalţi" şi tind să nu manifeste simptome care să reflecte o „orientare împotriva propriei persoane şi împotriva celorlalţi";
- pacienţii ale căror simptome aparţineau în special categoriei acţiune tind să fie clasaţi ca prezentînd simptome de tip „orientare împotriva propriei persoane şi a celorlalţi" şi să nu manifeste simptome din categoria „evitarea celorlalţi".

Aceste relaţii arată importante discordanţe între cele două clasificări ale simptomelor. Astfel, de exemplu, pacienţii care prezintă simptome considerate ca exprimînd o competenţă socială scăzută (adică din sfera acţiune) tind să prezinte simptome caracteristice unui nivel de dezvoltare ridicat în clasificarea bazată pe orientarea rolurilor (în acest caz, simptomele de tip „orientare împotriva propriei persoane şi a celorlalţi"). Aceste discordanţe îi determină pe Zigler şi Glick (1986) să facă mai multe comentarii. În primul rînd, relaţia dintre categoriile gîndire şi evitarea celorlalţi ar ţine de existenţa problemelor privind statutul din punct de vedere al dezvoltării al categoriei „evitarea celorlalţi" şi ar face vizibil necesară o clasificare mai rafinată a simptomelor ce aparţin acestei categorii. În al doilea rînd, faptul că simptomele din categoria acţiune se asociază simultan cu

simptome din grupările „orientare împotriva propriei persoane" şi „orientare împotriva celorlalţi" ar permite utilizarea dimensiunilor acţiune-gîndire pentru a diferenţia în mod mai precis simptomele din categoria „orientare împotriva propriei persoane".

Deşi unele afecte (de exemplu, depresia comparativ cu furia) pot fi predominante la niveluri de dezvoltare diferite, unele dovezi atestă că emoţiile majore pot fi trăite în momente diferite ale dezvoltării (Werner, 1948). Pe de altă parte, adevărata problemă nu este dacă anumite emoţii sînt trăite în anumite stadii de dezvoltare, ci modul în care diferenţele de nivel de dezvoltare influenţează maniera de a trăi şi exprima afectele. Pe baza acestor consideraţii, Zigler, Glick şi colaboratorii lor au renunţat la utilizarea în cercetările lor ulterioare a categoriei afect.

Cercetările conduse din perspectiva dezvoltării de Zigler şi colaboratorii săi demonstrează că subiecţii care au atins o mai înaltă maturizare în cursul funcţionării lor premorbide continuă să manifeste, în cazul unei evoluţii patologice, forme de comportament superioare din punctul de vedere al dezvoltării. Studiile realizate arată că există, prin urmare, o congruenţă între perioadele premorbidă şi patologică din viaţa pacientului. Aceste concluzii sînt valabile atît pentru cercetările privind dimensiunile acţiune-gîndire, cît şi pentru cele referitoare la cele trei orientări ale rolului. Este, de asemenea, important de notat faptul că, în ciuda unei oarecare suprapuneri a simptomelor aparţinînd celor două sisteme de clasificare, fiecare sistem păstrează o proporţie considerabilă (circa 67%) de varianţă independentă (Zigler & Glick, 1986).

Dacă psihopatologia din perspectiva dezvoltării, la fel ca şi psihologia dezvoltării, şi-a centrat mult timp interesul asupra copilăriei şi adolescenţei, lucrările efectuate de Zigler din perspectiva dezvoltării arată că este importantă adoptarea acestei abordări pentru înţelegerea patologiei adulţilor, în special a simptomelor psihopatologice. În decursul ultimelor decenii, a devenit evident faptul că o persoană se schimbă şi se dezvoltă pe tot parcursul vieţii, de la naştere la moarte. În acest context, abordarea din perspectiva dezvoltării se va referi la întregul ciclu

al vieții (*life-span developmental approach*), axată (în cazul temei care a făcut subiectul acestei secțiuni) pe studiul apariției, modificării o dată cu înaintarea în vîrstă și, eventual, a dispariției simptomelor în decursul vieții.

B. ABORDAREA ALCOOLISMULUI DIN PERSPECTIVA DEZVOLTĂRII

Începuturile cercetărilor din această perspectivă în domeniul alcoolismului sînt legate de distincția, deja clasică, propusă de Knight (1937) între două forme de alcoolism : esențial și reactiv. Alcoolismul **esențial** debutează mai precoce și fără a fi legat de evenimente precipitante. Persoana respectivă este imatură, dependentă în plan emoțional și economic, nesăbuită, în căutarea plăcerii, incapabilă de a menține relații profunde sau de a urmări scopuri pe termen lung. În această formă de alcoolism se constată și prezența simptomelor gastro-intestinale, corelate cu ingestia fără discriminare a oricărei băuturi sau medicament care permite atingerea efectului farmacologic dorit, precum și o tulburare frecventă a obiceiurilor alimentare.

Alcoolismul **reactiv** debutează mai tardiv, adesea ulterior unui eveniment cu caracter precipitant. Persoanele care prezintă această formă de alcoolism au o maturitate psihosexuală mai ridicată, un nivel educațional și ocupațional mai ridicat, sînt mai raționale, mai responsabile și au obiceiuri alimentare mai regulate decît cele care suferă de alcoolism esențial[10].

Sprijinindu-se pe descrierea clinică făcută de Knight (1937), Rudie și McGaughran (1961) elaborează o scală destinată discriminării tipurilor esențial și reactiv de alcoolism. Administrarea acestui instrument constituit din opt subscale[11] arată, efectiv, că alcoolicii pot fi diferențiați în funcție de indicii comportamentali puși în evidență de Knight.

Prima cercetare privind alcoolismul, condusă în conformitate cu abordarea din perspectiva dezvoltării a lui Zigler, apare în 1965. Autorii acestei cercetări, Sugerman *et al.*, pun în legătură

scorurile la scala lui Rudie şi McGaughran cu indicele de competenţă premorbidă al lui Zigler-Phillips, descris anterior în acest capitol. Rezultatele obţinute arată că alcoolicii reactivi au o competenţă socială mai ridicată, situîndu-se, prin urmare, la un nivel de dezvoltare mai mare decît persoanele cu alcoolism esenţial.

Descrierea, în această cercetare, a alcoolicului reactiv ca fiind o persoană care prezintă anxietate şi sentimente de culpabilitate, care a atins un nivel mai înalt de dezvoltare psihosexuală, care a asimilat valorile culturale şi care manifestă, cu excepţia consumului de alcool, o responsabilitate şi o competenţă socială considerabilă, evocă pentru Zigler şi Glick (1986) o persoană cu nivel de dezvoltare ridicat, al cărei stil de viaţă este caracterizat de o orientare împotriva propriei persoane. În acelaşi timp, alcoolicul **esenţial** este prezentat drept o persoană dependentă emoţional şi economic, incapabilă de a-şi controla emoţiile şi sentimentele, cu o tendinţă hedonistă care o conduce la căutarea directă şi imediată a plăcerii, care nu prezintă nici anxietate, nici culpabilitate şi nici apărare prin intelectualizare. Descrierea acestei persoane cu un nivel de dezvoltare psihosexuală foarte scăzut se aseamănă foarte mult cu a persoanei cu un nivel de dezvoltare scăzut, al cărei stil de viaţă este caracterizat prin sibaritism şi orientare împotriva celorlalţi.

Într-o cercetare ulterioară, Levine şi Zigler (1973) au examinat legăturile între scorurile la scala lui Rudie şi McGaughran şi la cinci componente ale indicelui de competenţă socială al lui Zigler-Phillips[12], la trei grupuri egale (N=20) de pacienţi: (a) alcoolici; (b) cu reacţii depresive non-psihotice; (c) suferind de probleme fizice relativ minore, care fac necesară spitalizarea în clinica medicală sau chirurgicală. La fel ca şi Sugerman *et al.* (1965), Levine şi Zigler constată o legătură puternic semnificativă între competenţa socială şi scorul total la scala de evaluare a dimensiunilor esenţial-reactiv ale alcoolismului: cu cît pacientul era mai competent social, cu atît alcoolismul tindea să fie de tip reactiv. Cercetarea lui Levine şi Zigler arată însă că legătura dintre scorurile la cele două instrumente este prezentă şi la

pacienţii nevrotici sau la cei cu tulburări fizice. Acest rezultat este interpretat de Zigler şi Glick (1986) drept o dovadă că psihopatologia este mai curînd un fenomen unitar decît o colecţie de entităţi distincte care pot fi conceptualizate fiecare în termeni de dimensiuni şi parametri unici.

Cele trei grupe studiate de Levine şi Zigler sînt totuşi semnificativ diferite în ceea ce priveşte scorurile la scala lui Rudie şi McGaughran. În funcţie de valoarea acestor scoruri, grupurile se clasifică în ordinea următoare: grupul pacienţilor alcoolici (care prezintă scorurile cele mai ridicate, mergînd deci în sensul tipului esenţial de alcoolism), urmat de grupul de pacienţi depresivi şi de grupul de pacienţi medico-chirurgicali, care au obţinut scorurile cele mai reduse. Cu excepţia scorurilor la subscalele „dependenţă emoţională" şi „absorbţia a orice poate determina efectul farmacologic dorit", s-au obţinut diferenţe intergrupuri semnificative la scorurile celorlalte şase subscale ale instrumentului elaborat de Rudie şi McGaughran.

Diferenţele între grupuri pot fi explicate, fără îndoială, ţinînd cont de itemii care compun scala lui Rudie şi McGaughran. 13 din cei 55 de itemi cotaţi sînt legaţi de consumul efectiv de alcool. Această explicaţie nu este însă suficientă, întrucît scalele care nu conţin nici un item legat de consumul de alcool sau conţin doar unul singur contribuie şi ele la diferenţele intergrupuri. În aceste condiţii, Zigler şi Glick (1986) presupun că cel puţin o parte din diferenţe ar putea fi explicate considerînd că scala lui Rudie şi McGaughran evaluează o dimensiune de dezvoltare generală. Deşi au indici de competenţă socială cvasiegali, cele trei grupuri nu ar fi egale din punctul de vedere al acestei dimensiuni de dezvoltare subiacente. În comentariile lor, Zigler şi Glick (1986) evidenţiază limitele clare ale indicelui de competenţă socială ca mijloc de evaluare a nivelului de dezvoltare al unei persoane, în special ca urmare a faptului că el nu acordă suficientă greutate relaţiilor interpersonale, aspect bine reprezentat, însă, în scala lui Rudie şi McGaughran. Ţinînd cont de această explicaţie alternativă, vom constata că, deşi cele trei grupe au indici de competenţă socială relativi egali, cei normali au un

nivel de maturitate mai ridicat decît nevrotic-depresivii care, la rîndul lor, au un nivel de dezvoltare superior alcoolicilor[13].

Într-o altă cercetare, Finney şi Moos (1979) studiază relaţia dintre competenţa socială premorbidă (măsurată cu ajutorul metodologiei puse la punct de Zigler şi Phillips) şi o serie de cinci parametri referitori la evoluţia alcoolismului : (a) consumul de alcool ; (b) abstinenţa ; (c) tulburările fizice legate de băutură ; (d) respitalizarea pentru alcoolism ; (e) funcţionarea în plan ocupaţional. Cercetarea a vizat 387 de alcoolici, trataţi în cinci medii diferite. Rezultatele obţinute arată că, la nivel global, competenţa premorbidă este într-o legătură semnificativă cu evoluţiile favorabile privind fiecare dintre cei cinci parametri descrişi.

Pe baza unor analize statistice sofisticate (în care au utilizat variabile ale personalităţii şi de mediu, precum şi competenţa socială premorbidă), Finney şi Moos au reuşit să izoleze patru subtipuri de alcoolici cu un nivel redus de competenţă şi alte patru cu un nivel ridicat. Deşi pacienţii care prezentau o competenţă ridicată au avut o evoluţie mai favorabilă (pe ansamblul parametrilor descrişi), Finney şi Moos notează că apartenenţa la una dintre cele opt subgrupe izolate explică aproape 13% din varianţa totală a rezultatelor.

O altă dovadă că pacienţii situaţi la niveluri de dezvoltare mai coborîte pot prezenta forme mai severe, mai handicapante de alcoolism este oferită de Morey *et al.* (1984), care studiază 725 de alcoolici, bărbaţi şi femei. Folosind metode statistice elaborate (analize „în ciorchine"), aceşti autori descriu trei subtipuri diferite de alcoolism. În timp ce subiecţii de tip A prezintă practici de ingestie de alcool şi consecinţe ale acestora de o severitate mai redusă, subiecţii de tip C manifestă problemele cele mai grave. Pacienţii de tip B ocupă o poziţie intermediară.

În comparaţie cu subiecţii de tip A şi B, şi în acord cu nivelul de dezvoltare indicat de scorurile lor de „competenţă socială", pacienţii de tip C erau mai frecvent şomeri sau asistaţi social, divorţaţi sau separaţi. În acelaşi timp, nivelul lor de educaţie a fost mai scăzut, au obţinut scoruri mai slabe la subtestele scalei

WAIS şi aveau mai puţine persoane în îngrijire decît persoanele aparţinînd celorlalte două tipuri de alcoolism. Dintre cele trei tipuri descrise de Morey *et al.*, pacienţii alcoolici de tip A aveau statutul socio-economic cel mai ridicat, manifestau cea mai mare stabilitate socială, precum şi o rată mai redusă de şomaj. Rezultă că cele trei tipuri de alcoolism ale lui Morey *et al.*, diferite în ceea ce priveşte severitatea comportamentului de ingerare a alcoolului, pot fi puse în legătură cu componentele indicelui de competenţă socială[14].

Abordarea alcoolismului din perspectiva dezvoltării arată că formele clinice ale acestei afecţiuni corespund unor niveluri de dezvoltare diferite. Această concluzie este valabilă atît pentru formele clinice deja clasice propuse de Knight, cît şi pentru formele clinice mai recente, cum ar fi cele propuse de Morey *et al.* (1984). Pe această bază, rezultatele cercetărilor ulterioare vor permite, probabil, o mai bună anticipare a evoluţiei clinice şi a rezultatelor intervenţiilor.

REZUMAT

Printre contribuţiile care au condus la constituirea abordării din perspectiva dezvoltării a psihopatologiei, lucrările lui Edward Zigler şi ale colaboratorilor săi ocupă un loc important. Cercetările acestora sînt influenţate de conceptualizarea „organizaţională" a dezvoltării propuse de Werner. Şcoala lui Zigler consideră dezvoltarea patologică drept o lipsă de integrare a competenţelor sociale, emoţionale şi cognitive, importante pentru adaptarea la un anumit nivel de dezvoltare.

Printre celelalte contribuţii la constituirea unei abordări a psihopatologiei din perspectiva teoriei dezvoltării, două sînt mai importante. Prima, cea a lui Achenbach, constituie – spre deosebire de Zigler, care s-a interesat de psihopatologia adultă – o abordare din perspectiva dezvoltării a psihopatologiei copilului şi adolescentului. A doua contribuţie a rezultat din studiul sistematic al derulării vieţii diferitelor persoane cu scopul de a decela indici privind originile şi dezvoltarea tulburărilor mintale.

Abordarea din perspectiva dezvoltării este ilustrată mai întîi prin cercetările privind clasificarea simptomelor, cercetări care au condus la descrierea a două moduri alternative de grupare a simptomelor : unul

legat de orientarea rolului asumat de pacient, iar celălalt legat de dimensiunile acţiune-gîndire. Aceste cercetări arată că există o congruenţă între perioada premorbidă şi cea patologică a vieţii unui pacient.

A doua temă abordată în acest capitol, analiza din perspectiva dezvoltării a alcoolismului, permite constatarea că subtipurile clinice ale acestei entităţi corespund unor niveluri de dezvoltare diferite.

NOTE

1. În acest context, vîrsta cronologică nu este considerată drept o variabilă psihologică şi nu constituie un aspect major al analizei dezvoltării (Werner, 1957 ; Zigler, 1963, 1969 ; Kaplan, 1967 ; Wohlwill, 1970).

2. Alte două concepte sînt foarte importante, după părerea noastră : cel al regresiei şi cel al disparităţii dintre Eu şi Eul ideal. Spre deosebire de o definire a regresiei ca o pierdere a unor moduri superioare de funcţionare psihologică, şcoala lui Zigler concepe regresia drept o slăbire a legăturilor structurale care asigură subordonarea şi controlul nivelurilor de dezvoltare inferioare de către nivelurile superioare. Acest punct de vedere este sprijinit de evidenţierea, la pacienţii cu tulburări severe, a modurilor de funcţionare psihologică specifice unor niveluri de dezvoltare superioare. Într-adevăr, pacienţii cu tulburări psihologice importante nu funcţionează uniform la niveluri de dezvoltare mai coborîte decît pacienţii mai puţin afectaţi, sau chiar decît subiecţii indemni (Blatt *et al.*, 1976 ; Russell & Beekhuis, 1976 ; Zigler *et al.*, 1979).
   Importanţa imaginii de sine ca determinant al comportamentului a fost recunoscută de multă vreme (James, 1890 ; Mead, 1934 ; Allport, 1937 ; Maslow, 1954). În cadrul rogersian (Rogers, 1951 ; Rogers & Dymond, 1954), congruenţa între Eu şi Eul ideal ar indica o imagine de sine mai pozitivă şi ar fi legată de adaptarea personală şi socială. Din perspectiva lui Zigler, disparitatea dintre Eu şi Eul ideal ar fi un element concomitent cu dezvoltarea normală şi ar fi semnificativ corelată cu nivelul competenţei premorbide, dar nu ar avea vreo legătură cu statutul adaptativ (Achenbach & Zigler, 1963).

3. O descriere detaliată a acestor probleme poate fi găsită în lucrările de psihopatologie a bebeluşului şi a copilului mic (Mazet & Stoleru, 1988 ; Lebovici & Weil-Halpern, 1989), de psihopatologie a copilului (Ajuriaguerra & Marcelli, 1982) sau de psihopatologie a adolescentului (Marcelli & Braconnier, 1984).

4. Una dintre cele mai bune lucrări consacrate teoriilor dezvoltării este cea a lui Patricia Miller (1989). Pentru ea, o teorie a dezvoltării se centrează pe schimbarea în timp şi trebuie să atingă trei obiective : (a) să descrie schimbările dintr-una sau mai multe arii ale comportamentului ; (b) descrierea schimbărilor în relaţiile dintre mai multe arii ale comportamentului ;

(c) explicarea direcţiei descrise a dezvoltării. În lucrarea sa, Miller abordează şase teorii: (1) teoria stadiilor cognitive a lui Piaget; (2) teoriile psihanalitice ale lui Freud şi Erikson; (3) teoria învăţării sociale; (4) teoria tratamentului informaţiei; (5) teoria etologică; (6) teoria dezvoltării perceptive a lui Gibson.

5. Unii autori se preocupă de studiul, pe etape de vîrstă, a tulburărilor psihopatologice. Acest tip de abordare permite în special compararea prevalenţei diverselor tulburări în funcţie de vîrstă. Prima culegere de studii de cazuri de psihologie şi psihopatologie din perspectiva dezvoltării (Meyer, 1989) se înscrie în abordarea ciclului vieţii (*life-span*) şi conţine cazuri de tulburări ce apar în cursul a şapte vîrste diferite.

6. Utilizarea, în acest context, a termenului sibaritism poate suscita oarecare surpriză. Într-adevăr, sibaritismul desemnează un mod de viaţă caracterizat prin satisfacerea egoistă a apetitelor, de căutarea plăcerii într-o atmosferă de lux, de lene şi rafinament. Exemplele de simptome citate în acest capitol – ameninţare cu violenţa, furt calificat, ingestie de băuturi, comportament nesăbuit – ar avea în comun faptul de a procura, în mod egoist, plăcerea, prin „orientare împotriva celorlalţi".

7. În cursul cercetărilor ulterioare, unele dintre simptomele studiate în cercetarea iniţială a lui Phillips şi Rabinovitch au fost eliminate pentru că apăreau prea rar pentru a permite o analiză statistică.

8. Datele prezentate de Zigler şi Glick (1986) arată că simptomele clasificate atît în funcţie de dimensiunile acţiune-gîndire, cît şi de orientarea rolului nu sînt distribuite în manieră aleatorie. Într-o populaţie de 448 de subiecţi prezentînd tulburări afective, nevrotice şi de personalitate, 45% dintre ei prezentau o „configuraţie pură": aceşti pacienţi manifestau fie doar simptome de tip gîndire, fie doar pe cele de tip acţiune. Atunci cînd, la aceeaşi populaţie, a fost utilizat criteriul de clasificare în funcţie de orientarea rolului, s-a constatat că 63% dintre pacienţi prezentau „configuraţii pure", adică aparţineau unei singure categorii de orientare a rolului. Pentru cele două categorii de simptome – acţiune-gîndire sau orientare a rolului – proporţiile „configuraţiilor pure" depăşeau în mod semnificativ valorile previzibile pe baza calculului probabilităţilor.

9. Forma finală a fiecărei scale conţinea doar simptomele şi combinaţiile de simptome (a) care apăreau într-un număr suficient de cazuri pentru a face posibile calculele statistice şi (b) pe care testele *t* le indicau a exprima aspecte semnificativ diferite pe axa competenţei sociale.

10. Deşi Knight a considerat că persoanele care prezintă un alcoolism reactiv sînt mai mature decît cele cu alcoolism esenţial, el consideră – într-o perspectivă psihanalitică – că toţi alcoolicii adulţi sînt pasivi, dependenţi şi imaturi din punct de vedere emoţional.

11. Scala Rudie şi McGaughran cuprinde 69 de itemi şi este constituită din opt subscale ce evaluează următoarele aspecte: (1) dependenţa economică;

(2) dependenţa emoţională ; (3) implicarea persistentă în sarcini decurgînd din realitatea înconjurătoare ; (4) vîrsta pacientului la începutul ingestiei de băuturi alcoolice şi cauzele posibile ale acestei ingestii ; (5) relaţiile cu prietenii ; (6) trăsăturile de caracter ; (7) prezenţa simptomelor gastro-intestinale şi a gratificărilor orale multiforme ; (8) absorbţia oricărei substanţe care poate produce efectul farmacologic dorit.

12. Spre deosebire de Sugerman *et al.* (1965), Levine & Zigler (1973) nu au ţinut cont de componenta vîrstă. Pe baza altor cinci componente reţinute, Levine şi Zigler creează două subgrupuri : (a) cel care reuneşte subiecţii cu o competenţă socială ridicată (cei care au obţinut scoruri maximale la cel puţin trei componente ale indicelui de competenţă socială) ; (b) subgrupul care reuneşte subiecţii cu o competenţă redusă.

13. Un astfel de punct de vedere poate fi corelat cu observaţia că indiferent de diagnostic, pacienţii psihiatrici spitalizaţi obţin scoruri de „competenţă socială" mai reduse decît cele ale populaţiei generale (Zigler & Phillips, 1961).

14. Comparaţiile intergrupuri privind alte variabile dezvăluie mai multe diferenţe : (a) pacienţii de tip C sînt mai agresivi ; (b) la nivelul cvasitotalităţii variabilelor psihopatologice studiate, subiecţii de tip C sînt cei mai perturbaţi ; (c) pacienţii de tip A sînt cei mai puţin impulsivi şi prezintă un loc al controlului mai intern.

CAPITOLUL 6

Psihopatologie ecosistemică

La început, clinicienii, cercetători şi practicieni, au privilegiat două orientări pe care Ekehammar (1974) le numeşte **personalism** şi **situaţionism**. Dacă în primul caz clinicianul se concentrează asupra persoanei şi factorilor individuali, în al doilea, interesul său este îndreptat către mediu şi factorii situaţionali. O sinteză dialectică a acestor două poziţii contradictorii a condus la apariţia **interacţionismului** (Kantor, 1924; Lewin, 1935) care, admiţînd rolul, contribuţiile persoanei şi situaţiei, ţine cont de un al treilea factor important: interacţiunea sau relaţia dintre persoană şi situaţie. Aceasta înseamnă şi trecerea de la explicaţii cauzale liniare, unidirecţionale, de tip „cauză-efect" la un model de explicaţii cauzale multiple, bidirecţionale.

După Jasnoski (1984), două progrese epistemologice au permis evoluţia interacţionismului spre o **abordare ecosistemică**: teoria generală a sistemelor (von Bertalanffy, 1968[1]; Laszlo, 1972) şi ecologia umană (Theodorson, 1961). Teoria generală a sistemelor stabileşte, pornind de la examinarea funcţionării şi structurii unui grup de componente în interacţiune, că totalitatea grupului, acţionînd împreună, este mai importantă decît suma părţilor indepedente. Teoria precizează că sistemele pot fi închise (atunci cînd interacţiunile au loc doar în interiorul sistemului) sau deschise (atunci cînd pot fi influenţate de factori exteriori).

Ecologia generală utilizează teoria sistemelor pentru a înţelege relaţia dintre organismele vii şi mediul lor. Mai specific, ecologia umană se ocupă de ecosistemul uman, care este unitatea de bază

a analizei (Evans, 1956) şi care funcţionează ca un sistem deschis. Pentru a menţine stabilitatea, ecosistemul uman se schimbă în permanenţă. Înţelegerea acestui paradox aparent necesită utilizarea unui model cu niveluri multiple (O'Connor & Daniels, 1979). Într-o perspectivă ecosistemică, diagnostică şi terapeutică, Stachowiak şi Briggs (1984) propun utilizarea următoarelor şase niveluri[2] :

- nivelul fiziologic, ce asigură integritatea fizică a organismului şi care implică interacţiunea subsistemelor pulmonar, circulator, digestiv etc. ;
- nivelul psihologic individual, constituit dintr-un ansamblu de funcţii şi procese (percepţii, reprezentări, cogniţii, sentimente, motivaţii) a căror interacţiune ar servi drept mediator al comportamentului[3] ;
- nivelul sistemului individ-mediu fizic, nivel care asigură sănătatea fizică graţie interacţiunilor între subsistemele fiziologice ale organismului şi condiţiile de mediu fizic ;
- nivelul diadic, nivel care se referă la interacţiunile între membrii unui cuplu şi unde comportamentul fiecăruia este influenţat, mutual şi circular, de către cel al partenerului ;
- nivelul familial, unde influenţa comportamentală reciprocă se extinde la trei sau mai mulţi indivizi şi unde unitatea familială încearcă să-şi echilibreze nevoia de organizare internă şi de stabilitate cu cerinţele adaptative externe[4] ;
- nivelul familiei lărgite şi al reţelei sociale a fiecărui membru al acesteia[5] constituie un sistem social lărgit, ale cărui funcţii vor fi evocate mai tîrziu, în acest capitol.

Deşi descrise separat, cele şase niveluri prezintă multiple interacţiuni. Fiecare dintre ele corespunde unui sistem delimitat printr-o frontieră care separă interacţiunile funcţionale ale ansamblului componentelor sale de cele ale nivelului următor, superior, de organizare. Fiecare sistem este diferit din punct de vedere calitativ, atît în ceea ce priveşte componentele sale, cît şi normele care guvernează interacţiunile prezente.

Abordarea ecosistemică are largi implicaţii în psihopatologie. Acestea se referă, de exemplu, la înţelegerea apariţiei şi

menţinerii tulburărilor psihopatologice, precum şi evaluarea şi diagnosticul. Abordarea ecosistemică implică şi o interpretare diferită a noţiunilor de sănătate mintală şi de patologie, precum şi a noţiunii de simptom.

Dintr-o perspectivă ecologică, persoana sănătoasă manifestă un ansamblu de comportamente şi emoţii care se pot schimba în moduri diferite. Cineva poate trece de exemplu de la disperare la speranţă, la ură, la dragoste şi aşa mai departe. O ecologie a emoţiilor care alătură în timp emoţii diferite ar caracteriza o viaţă emoţională echilibrată. O altă manieră de a atinge o organizare sistemică este de a **escalada** o emoţie sau un comportament specific. Escaladarea unei descurajări iniţiale, poate conduce, de exemplu, la o meta-descurajare sau la aşa-numita „depresie cronică". Astfel, o escaladare emoţională menţine organizarea sistemului psihologic al persoanei. Pot exista şi oscilaţii între diferite tipuri de escaladă emoţională, cum ar fi, de exemplu, cazul psihozei maniaco-depresive. Această viziune a lucrurilor sugerează că patologia sau simptomatologia reprezintă o escaladare a identicului sau a identităţii (*escalating sameness*), o simplă modificare a intensităţii unei emoţii specifice sau caracterul extrem al unui comportament.

Acest punct de vedere privind simptomatologia implică şi considerarea drept patologici, după cum sugerează Keith (1980), a membrilor familiei unui depresiv, care nu sînt ei înşişi depresivi. În acord cu Whitaker, Keith susţine faptul că „a zîmbi întotdeauna", „a fi întotdeauna raţional", „a te comporta bine întotdeauna" (categorie descrisă de Whitaker şi numită „cavalerul alb") constituie, în acest context, manifestări psihopatologice[6]. Faptul că fiecare membru al unei astfel de familii poate prezenta diferite forme de escaladare comportamentală sugerează că familia întreagă echilibrează escaladările fiecărui membru. În acest mod, scrie Keeney (1984), simptomele unei persoane pot fi considerate drept o metaforă a relaţiilor sale interpersonale. Într-o viziune mai largă, simptomele sînt indicatorii unei ecologii a relaţiilor.

Originalitatea abordării ecosistemice poate fi demonstrată prin numeroase exemple. Într-un capitol consacrat copiilor considerați „perturbatori" din cauza tulburărilor lor de comportament, Susan Swap (1984) formulează o serie de postulate privind această problematică specifică. Ea afirmă că „nu copilul este perturbat". Referindu-se la familii, Swap adaugă două postulate, după care, pe de o parte „familia nu trebuie blamată", iar pe de altă parte, „copiii, familia și factorii comunitari interacționează pentru a produce tulburarea".

La sfîrșitul acestei părți introductive, ni se pare important de precizat faptul că organizarea sistemică ce menține simptomul nu include în mod necesar întreaga familie și nu se limitează la acest grup social. La fel, trebuie notat că punctul de vedere ecologic nu semnifică înlocuirea unei patologii individuale cu o patologie familială[7]. Acest punct de vedere identifică mai curînd maniera prin care indivizii și familiile își mențin organizarea sistemică prin *pattern*-uri redundante de schimbare.

În capitolul de față ne vom ocupa de două teme pentru a ilustra spiritul abordării ecosistemice. Prima este modelul interacționist al psihopatologiei propus de Anthony Marsella, profesor la departamentul de psihologie al Universității din Hawai, fost director al programului de cercetări asupra schizofreniei al Organizației Mondiale a Sănătății și al Institutului național de sănătate mintală din Statele Unite. Al doilea aspect, rețelele sociale, este deosebit de important datorită rolului de tampon al sprijinului oferit, în situație de stres, de astfel de rețele, precum și de importanța acestora pentru integrarea pacienților psihiatrici.

Unele elemente ale abordării ecosistemice au devenit cunoscute datorită progresului și popularității dobîndite de metodele de terapie familială[8]. Studiind aceste metode, Beels și Ferber (1969) le clasifică în două categorii, în funcție de rolul pe care și-l asumă terapeutul. Prima categorie este cea a „directivilor" (*conductors*), care intervin în mod activ și dirijează convorbirile terapeutice. Principalii reprezentanți ai acestei maniere de a proceda sînt Nathan Ackerman, Virginia Satir, Murray Bowen, Salvador Minuchin, Roland Charp, Robert McGregor și Norma

Paul. A doua categorie este cea a „reactivilor" (*reactors*), care permit o activitate mai liberă, mai puţin controlată. Această categorie se împarte în două : (a) „analiştii", cum ar fi de pildă Carl Whitaker, Lyman Wynne, Alfred Friedman sau Yvan Boszormenyi-Nagy, care se comportă asemănător psihanaliştilor tradiţionali şi (b) „puriştii", reprezentaţi de Don Jackson, Jay Haley şi Gerald Zuk, care respectă riguros teoria sistemelor şi se preocupă de normele familiale şi de procesele de comunicare.
După Foley (1976), dezvoltarea terapiilor familiale are mai multe fundamente teoretice, printre care un loc important este ocupat de teoria dublei legături şi teoria comunicării.
Teoria dublei legături[9] constituie concluzia unui proiect de cercetare desfăşurat la departamentul de sociologie şi antropologie al Universităţii din Stanford (Palo Alto, California). Dirijat de antropologul Gregory Bateson şi consacrat studiului comunicării în familiile schizofrenilor, acest proiect a condus la o lucrare intitulată *Toward a theory of schizophrenia* (1956), care descrie „ingredientele" unei duble legături. Studiul respectiv arată că : (1) protagonistul care aplică dubla legătură emite două categorii de mesaje contradictorii ; (2) pentru persoana desemnată drept „victimă", relaţia respectivă este esenţială şi aceasta face vitală înţelegerea corectă a mesajului ; (3) „victima" este în imposibilitate de a meta-comunica, de a comenta sau de a cere lămuriri privind mesajul primit.
În lucrarea *Une logique de la communication*, Watzlawick *et al.* (1972) propun o serie de cinci axiome care au implicaţii fundamentale în relaţiile interpersonale : (1) orice comportament reprezintă o comunicare ; (2) orice comunicare cuprinde o implicare şi serveşte la definirea unei relaţii ; (3) natura unei relaţii depinde de punctarea secvenţelor de comunicare între parteneri (punctarea se referă la modul în care fiecare partener vede „faptele") ; (4) oamenii utilizează o comunicare verbală (digitală) – care posedă o sintaxă logică foarte comodă pentru transmiterea conceptelor – şi o comunicare non-verbală (analogică), ce posedă un ansamblu de semne definind în manieră neechivocă natura relaţiei ; (5) toate schimburile în cadrul unei comunicări se fac într-o manieră simetrică sau complementară, după cum se bazează pe egalitatea sau pe diferenţa între parteneri.

A. UN MODEL INTERACŢIONIST AL PSIHOPATOLOGIEI

Începînd cu 1967, Marsella începe o serie de studii privind un model interacţionist care ar putea fi aplicat la diferite tipuri de tulburări mintale. Încă de la primele cercetări privind subiecţii filipinezi locuind în mediul urban (Marsella *et al.*, 1969, 1972, 1975) şi pînă la publicaţiile sale cele mai recente, în special cele în care sînt prezentate modificările aduse modelului iniţial (Marsella & Snyder, 1981), putem observa un sistem conceptual conform căruia diferitele tipuri de psihopatologie sînt o funcţie a interacţiunii stresului cu resursele de care dispune persoana pentru a face faţă stresului. Adaptări ale acestui model au fost propuse de Cobb (1976), Dean şi Lin (1977), Zubin şi Spring (1977), Andrews *et al.* (1978), Johnson şi Sarason (1979). După cum notează Marsella (1984), componente ale modelului sînt prezente în *DSM III*.

Modelul interacţionist al lui Marsella are patru componente de bază:

1. Componenta „persoană", reprezentată de **dimensiunea „a face faţă"**, care include toate aspectele (biologice, psihologice sau sociologice) ale funcţionării umane, care sînt mediatorii factorilor stresanţi. Diferenţele individuale privind această dimensiune „a face faţă" explică consecinţele foarte diverse ale unui acelaşi factor stresant.

- La nivel **biologic**, starea de sănătate a organismului este foarte importantă, iar oboseala excesivă, malnutriţia sau insuficienţele diverselor organe pot fi sursa a numeroase probleme, în special în faţa factorilor stresanţi severi. Energia şi rezistenţa necesare pentru a face faţă agenţilor stresanţi sînt grav afectate şi limitate atunci cînd există probleme fiziologice. Este clar că această capacitate biologică de a face faţă este o parte importantă a ceea ce se întîmplă atunci cînd trebuie înfruntaţi factori de stres.

- La un nivel **psihologic**, este important de înţeles rolul medierii cognitive a stresului. Marsella *et al.* (1972) au arătat că indivizii tind să utilizeze patru tipuri diferite de aşa-numite „filosofii de viaţă pentru a face faţă stresului" : religia, comportamentul orientat spre sine, proiecţia şi un fatalism optimist[10]. Capacitatea subiecţilor de a explica agenţii stresanţi pe care îi întîlnesc constituie o parte critică a răspunsului lor la aceşti agenţi. Procesele perceptive îi fac pe indivizi capabili să „dezamorseze" factorii de stres potenţial dăunători, permiţînd ca aceştia să fie consideraţi într-un mod care să facă posibilă, prin procese conştiente sau inconştiente, reducerea severităţii factorilor respectivi, precum şi a implicaţiilor negative ale acestora. Toate acestea indică faptul că medierea psihologică a factorilor de stres permite înfruntarea lor cu succes.
- Sprijinul pentru a înfrunta factorii de stres existenţi există şi la nivelul **social** al funcţionării persoanei. Acest aspect poate fi discutat în termeni de familie, prieteni, reţele sau sisteme de sprijin de tipul bunăvoinţei sociale (Gottlieb, 1981). Rezultatele cercetărilor au indicat, de asemenea, că sistemele de sprijin social sînt determinanţi importanţi ai evoluţiei şi rezultatelor tulburărilor psihiatrice severe, cum ar fi schizofrenia, depresia şi tulburările nevrotice (Beels, 1981 ; Hammer, 1981 ; Henderson *et al.*, 1981 ; Marsella & Snyder, 1981).

2. Componenta de mediu reprezentată de **factorii de stres.** Marsella (1984) defineşte drept factor de stres „orice eveniment, obiect sau proces care suscită o stare de schimbare într-un sistem **organismic**". După Marsella, pot fi investigate trei dimensiuni ale agenţilor stresanţi (categoria, conţinutul şi descriptorii) :

- **Categoria** se referă la domeniul specific de unde provine factorul de stres : locuinţă, loc de muncă, sănătate, viaţă de cuplu, educarea unui copil, timp liber, nutriţie, relaţii interpersonale etc. Este evident că dacă una sau alta dintre categorii constituie sursa majoră a factorilor de stres, alte categorii pot fi de asemenea implicate.

- **Conţinutul** se referă la tipul specific de factor de stres care intervine pornind de la una dintre categoriile menţionate. Poate fi vorba, de exemplu, de **pierderea** soţiei, a locului de muncă sau averii, de **dezacordul** între aspiraţii şi realizări referitoare la locul de muncă, locuinţă, viaţa de cuplu etc.[11] Conţinutul este centrat în primul rînd pe calitatea caracteristicilor „solicitării" factorului de stres. În acest context, conţinutul poate fi considerat ca fiind în legătură cu anumite *pattern*-uri de răspunsuri.
- **Descriptorii** se referă la diferiţii parametri măsurabili ai factorilor de stres. Printre aceştia, cei mai importanţi sînt: frecvenţa, intensitatea, durata, forma sau configuraţia (sporadică, continuă, ascendentă, descendentă, liniară, curbilinie etc.), complexitatea (aditivă, multiplicativă), faptul de a fi discriminabil sau identificabil, faptul de a putea fi controlat (prin răspunsuri personale sau sociale), familiaritatea, predictibilitatea, conflictul pe care îl poate genera faptul că factorul de stres poate avea valenţe pozitive şi negative.

3. Componenta interactivă, reprezentată de **dimensiunea stare de stres**. Această stare este produsă de interacţiunea factorilor de stres cu resursele organismului. Stările de stres sînt trăite la niveluri de funcţionare biologice, psihologice şi sociologice. Două dimensiuni ale stărilor de stres sînt deosebit de importante în modelul propus de Marsella: conţinutul şi parametrii (sau descriptorii) stării de stres[12]. Parametrii consideraţi sînt în număr de trei: încărcarea sistemului, tip de experienţă şi nivel de activare.

În funcţie de caracteristicile acestor parametri, examenul conţinutului stării de stres permite descrierea diferitelor configuraţii care pot fi puse în relaţie cu *pattern*-uri psihopatologice. De exemplu, o stare de stres care implică o puternică încărcare a sistemului, o experienţă negativă şi un nivel ridicat de activare poate condiţiona un profil psihopatologic confuz, delirant şi agitat. În schimb, o stare de stres al cărei conţinut este caracterizat de o subîncărcare a sistemului, o experienţă negativă şi o slabă

activare poate condiţiona un profil psihopatologic „tern", caracterizat prin retragere, apatie, halucinaţii.

4. Componenta „psihopatologie". Hans Selye, cercetător a cărui contribuţie la studiul stresului este capitală, a descris „sindromul general de adaptare", considerat ca un răspuns uman universal şi invariabil, oricare ar fi stresorul care îl generează.

Pornind de la studii făcute asupra stresului biologic la şobolani, Selye descrie, în 1936, sindromul general de adaptare, sau S.G.A., care cuprinde trei faze (Selye, 1936, 1962, 1978).
În **faza de alarmă** au loc modificări biologice caracteristice, consecutive unei prime expuneri la factorul de stres.
În cursul **fazei de rezistenţă**, organismul se luptă împotriva factorului de stres. Mecanismele de apărare sînt solicitate la maxim, iar organismul apelează la rezervele sale.
Faza de epuizare apare atunci cînd organismul este expus în mod prelungit la factorul de stres respectiv. Organismul nu mai dispune de resurse energetice pentru a face faţă situaţiei în care se găseşte. Semnele de reacţie de alarmă, care apar din nou, devin ireversibile, iar aceasta antrenează moartea.

Descrierea unui răspuns universal nu permite însă înţelegerea apariţiei unor tulburări specifice. Pentru aceasta, au fost propuse cîteva teorii noi, care insistă pe anumite aspecte specifice cum ar fi o slăbiciune genetică, vulnerabilităţi dobîndite, configuraţii asimilate de răspunsuri organice emoţionale sau determinanţi legaţi de tipul de personalitate. Acestor teorii, Marsella le adaugă o a cincea, care sugerează că tipul specific de tulburare dezvoltat de o persoană depinde de interacţiunile dintre individ şi situaţia în care acesta se află. Aşa cum am văzut deja, organismul poate fi imaginat ca un sistem de răspunsuri adecvate pentru a face faţă stresului, care funcţionează la nivel biologic, psihologic şi sociologic. Situaţia poate fi reprezentată drept o sursă de factori de stres. Interacţiunea organismului cu situaţia are drept rezultat o stare de stres care condiţionează configuraţii specifice ale comportamentelor ce pot fi adesea inadaptative. Evident, toate acestea presupun că stresul constituie fundamentul psihopatologiei, în timp ce determinanţii specifici sînt conţinuţi în

pattern-urile de interacţiune ale factorilor de stres cu resursele organismului şi cu starea de stres. Astfel, *pattern*-urile psihopatologice pe care persoana le dezvoltă sînt determinate atît de variabilele legate de organism, cît şi de variabilele situaţionale. Psihopatologia poate să fie, deci, considerată drept „adaptativă", întrucît ea reprezintă *pattern*-urile de răspuns la stări psihologice şi fiziologice de stres.

Marsella (1984) propune un sistem de clasificare care s-ar putea dovedi util, după el, pentru punerea în relaţie a comportamentelor inadaptate cu primele trei componente ale modelului său : resursele persoanei, factorii de stres şi stările de stres. În acest context, Marsella consideră că ar fi importantă descrierea comportamentelor psihopatologice în funcţie de două dimensiuni : (a) diferitele sisteme funcţionale (somatic, senzorial, perceptiv, motor, afectiv, cognitiv, interpersonal, al Eului) în care pot apărea, ca răspunsuri, comportamentele patologice ; (b) atributele cantitative (frecvenţă, durată sau latenţă) şi calitative (adecvare situaţională, de exemplu) ale răspunsurilor emise de sistemele enumerate. Această modalitate de a proceda ar permite clinicienilor şi cercetătorilor să descrie într-o manieră foarte detaliată „simptomele" şi să le înţeleagă mai bine caracteristicile.

Marsella este conştient de faptul că modelul propus de el nu este terminat. El nu precizează, de fapt, decît unele dintre variabilele care ar trebui luate în consideraţie în conceptualizarea psihopatologiei. Pe viitor, va fi necesară dezvoltarea unor indici cuantificabili pentru aceste variabile şi precizarea sau formularea de ipoteze privind relaţiile lor. Aceasta ar permite testarea în manieră empirică a modelului propus.

B. PSIHOPATOLOGIE ŞI REŢELE SOCIALE

Reţeaua psihosocială constituie o matrice socială fundamentală care poate determina sănătatea sau patologia. Acest fapt decurge din numeroasele funcţii ale reţelei sociale : funcţii instrumentale (de asistenţă), funcţii afective şi normative, faptul de a oferi modele de roluri şi de a genera, la membrii reţelei, sentimentele

de apartenenţă la grup şi de responsabilitate în raport cu ceilalţi membri.

Interesul actual al psihopatologilor pentru reţelele sociale este legat de rezultatele diverselor cercetări (Myers *et al.*, 1972, 1975 ; Brown *et al.*, 1975 ; Mechanic & Greenley, 1976 ; Miller şi Ingham, 1976 ; Miller *et al.*, 1976 ; Eaton, 1978) care au ajuns la concluziile rezumate astfel de Pattison şi Hurd (1984) : structurile de mediu şi sociale care înconjură o persoană (1) influenţează sau exercită un rol de mediator privind evenimentele pe care aceasta le trăieşte ; (2) afectează severitatea simptomelor fizice şi psihologice ale acestei persoane şi (3) au caracteristici structurale şi interactive diferite în cazul persoanelor deprimate, comparativ cu persoanele ce nu sînt deprimate. Aceste rezultate explică proliferarea cercetărilor privind reţelele sociale, dintre care cele efectuate de Pattison prezintă un interes deosebit pentru psihopatologia ecosistemică.

Pentru a studia reţeaua psihosocială a unei persoane, Pattison (1973, 1976, 1977) a creat o metodologie ce permite evaluarea structurii şi funcţionării acestei reţele. Instrumentul folosit, „Pattison Psychosocial Inventory" permite culegerea următoarelor trei categorii de informaţii :

- lista tuturor persoanelor importante pentru subiect în momentul evaluării, pe care acesta „le iubeşte sau nu", persoane care pot fi clasificate în funcţie de apartenenţa lor (familie, rude, prieteni şi vecini, colegi de serviciu) ;
- legăturile, conexiunile care există între membrii reţelei în afara relaţiilor lor cu subiectul studiat ;
- natura şi calitatea interacţiunilor între subiect şi fiecare dintre persoanele ce fac parte din reţea, ţinînd seama de mai multe variabile (contact, intensitate emoţională, tip de sentimente, funcţie instrumentală, reciprocitate).

Cu această metodologie, Pattison a studiat un eşantion naţional de persoane normale, precum şi persoane prezentînd diferite tipuri de psihopatologie, descoperind trei tipuri principale de reţele sociale.

Reţeaua persoanei normale cuprinde între 25 şi 30 de persoane, cu 5-6 persoane în fiecare dintre cele patru subgrupe menţionate: familie, rude, prieteni-vecini, colegi. În această reţea, subiectul are frecvente contacte cu majoritatea membrilor reţelei, iar investiţia sa emoţională este pozitivă şi intensă. Membrii reţelei îşi oferă unii altora asistenţă instrumentală, iar relaţiile lor sînt simetric reciproce. Reţeaua îl ajută pe subiect să reducă stresul şi anxietatea pe care o trăieşte.

Reţeaua de tip nevrotic, diferită de precedenta, este întîlnită la persoanele ce prezintă tulburări nevrotice, la alcoolici, la heroinomani şi la alte persoane non-psihotice care manifestă un comportament inadaptat de lungă durată. Acest tip de reţea nu conţine decît circa 15 persoane, dintre care unele sînt văzute destul de rar sau deloc. Această diminuare priveşte rudele, prietenii şi colegii de lucru. Subiectul contează mai mult pe legăturile (involuntare) cu membrii familiei nucleare. Evaluările variabilelor interacţionale pun în evidenţă niveluri cu mult mai reduse decît în cazul persoanelor normale. Există destul de frecvent interacţiuni emoţionale negative şi slabe. Conexiunile între persoanele ce fac parte din reţea reprezintă doar 50% din cele ale reţelei normale: fiecare persoană nu se află în relaţie decît cu alte trei persoane. Nevroticul interacţionează deci cu un ansamblu limitat de indivizi, ei înşişi conectaţi într-o manieră destul de împrăştiată, primind un *feedback* corectiv redus din partea reţelei. Reţeaua socială a persoanelor ce prezintă comportamente nevrotice induce stresul şi menţine sau sporeşte stresul subiectului.

Reţeaua de tip psihotic, comună la persoanele care prezintă o schizofrenie acută sau cronică şi la cele cu tulburări afective majore, are o configuraţie diferită de a reţelei persoanei normale. Ea este constituită din 10-12 persoane, aproape toate în interacţiune unele cu celelalte. Relaţiile interpersoanle sînt negative sau ambivalente şi puternic asimetrice. Subiectul este „prins", „capturat" în reţeaua sa şi tiranizat de un sistem închis, coluzoriu, ce prezintă slabe legături cu sisteme mai largi. Reţeaua socială nu poate rezolva nivelurile ridicate de stres, care sînt cu uşurinţă

transformate în anxietate şi conduc la apariţia simptomelor. Sistemul generează mesaje emoţionale conflictuale şi contradictorii, iar comportamentul instrumental întîlnit poate duce la confuzii între membrii sistemului. Reţeaua psihotică generează şi măreşte stresul şi anxietatea.

Diferenţierea celor trei tipuri de reţele sociale descrise în paragrafele anterioare are evidente implicaţii practice, în special în dezvoltarea strategiilor de intervenţie asupra reţelelor sociale. Dincolo de acest interes practic, apare o problemă mai teoretică : comportamentele psihopatologice ale subiecţilor sînt generate de reţele sociale disfuncţionale sau, invers, subiecţii patologici îşi creează propriile lor reţele disfuncţionale ? La această întrebare, Pattison şi Hurd (1984) răspund că cei doi termeni (subiectul şi reţeaua) interacţionează reciproc, după cum arată abordarea ecosistemică : reţeaua întreţine şi dezvoltă patologia subiectului, iar patologia subiectului întreţine şi dezvoltă disfuncţionalitatea reţelei sociale.

REZUMAT

Interacţionismul – sinteză dialectică între personalism şi situaţionism – a evoluat spre abordarea ecosistemică datorită a două progrese epistemologice : teoria generală a sistemelor şi ecologia umană.

Ecosistemul uman, unitate de bază în cîmpul ecologiei umane, se schimbă permanent, pentru a-şi menţine stabilitatea. Înţelegerea acestui paradox aparent necesită utilizarea unui model cu niveluri multiple, cum ar fi, de exemplu, cel cu şase niveluri propus de Stachowiak şi Briggs, pentru o utilizare diagnostică şi terapeutică.

Abordarea ecosistemică are importante implicaţii în psihologie. Ea propune o interpretare diferită a noţiunilor de sănătate mintală şi patologie, precum şi a noţiunii de simptom. În acest cadru, simptomele unei persoane pot fi considerate drept o metaforă a relaţiilor interpersonale.

Spiritul abordării ecosistemice este ilustrat într-o secţiune a acestui capitol, prin modelul interacţionist al psihopatologiei propus de Marsella. Acest model are patru componente de bază : (1) persoana care, cu resursele de care dispune (biologice, psihologice sau sociologice), încearcă să înfrunte stresul ; (2) mediul de unde provin factorii

de stres ; (3) interacţiunea factorilor de stres cu resursele organismului, care conduce la starea de stres ; (4) psihopatologia, concepută drept „adaptativă", întrucît ea este constituită din configuraţii de răspunsuri psihologice şi fiziologice la stres.

Reţelele sociale constituie a doua temă utilizată pentru a ilustra abordarea ecosistemică. Cu ajutorul unei metodologii special concepute, Pattison diferenţiază trei tipuri de reţele sociale - cea a persoanei normale şi cea de tip nevrotic şi psihotic – tipuri de reţele care au implicaţii practice în dezvoltarea strategiilor de intervenţie asupra reţelelor sociale.

NOTE

1. O traducere franceză a lucrării lui Ludwig von Bertalanffy a apărut la Dunod, în 1973.

2. Pentru a descrie ecosistemul uman, au fost propuse şi alte scheme, de notat fiind cele ale lui Barker (Barker, 1968 ; Barker & Gump, 1964), O'Connor (O'Connor & Ramchandani, 1970 ; O'Connor, 1977 ; O'Connor *et al.*, 1979) şi Bronfenbrenner (1977 ; 1979). Bronfenbrenner (1979), de exemplu, identifică următoarele patru componente : (1) **microsistemul**, care include relaţiile interpersonale, activităţile molare dirijate către un scop, rolurile definite de sistem şi aşteptările legate de rolul unei persoane care trăieşte într-un cadru dat, cum ar fi şcoala sau familia : (2) **mezosistemul**, care cuprinde interrelaţiile dintre două sau mai multe microsisteme, microsisteme la care participă persoana (relaţiile între şcoală şi familie sau între familie şi locul de muncă etc.) ; (3) **exosistemul**, compus din mediile în care persoana nu are o participare activă, dar unde se pot produce evenimente care afectează ceea ce se petrece în mediile în care se află şi interacţionează persoana (de exemplu, efectele mediilor în care lucrează părinţii asupra mediului familial al copilului lor) ; (4) **macrosistemul**, care se referă la invarianţii culturali ai celorlalte trei sisteme şi ai interrelaţiilor lor, precum şi la valorile şi credinţele sociale care fundamentează astfel de constante culturale.

3. În acest cadru, competenţa unei persoane de a intra în relaţie cu aspectele schimbătoare ale mediului său depinde de mai multe abilităţi : (1) de a percepe în mod adecvat condiţiile de mediu ; (2) de a da un sens acestor percepţii punîndu-le în relaţie cu o schemă conceptuală internă ; (3) de a decide care este acţiunea adecvată de întreprins ; (4) de a realiza această acţiune în timp ; (5) de a ameliora eficacitatea reîncepînd, dacă este nevoie, ciclul descris.

4. Un echilibru dinamic este menţinut datorită intrării în funcţie a buclelor de *feedback* negativ şi pozitiv. *Feedback*-ul negativ este utilizat pentru a menţine funcţionarea familială între limite acceptabile, contracarînd deviaţiile de la normal sau de la comportamentul aşteptat. *Feedback*-ul pozitiv promovează

schimbarea în sistemul familial, încurajînd noile comportamente. El este esenţial pentru ca familia să se poată adapta la situaţii sau condiţii noi de viaţă.

5. Familia lărgită include rudele de sînge, unchii, mătuşile, verii, precum şi rudele prin alianţă, socrii şi soacrele, fraţii vitregi etc. Reţeaua socială a individului este compusă din prieteni, vecini şi colegi de serviciu, de şcoală sau de organizaţii sociale.

6. Întrucît simptomele apar în mod sincron cu *pattern*-urile de escaladare ale altor persoane, este evident că *DSM III* nu denumeşte toate formele de simptomatologie. Alte etichete ar putea fi, de exemplu, „normalitate psihotică", „fericire involutivă" etc. (Keeney, 1984).

7. Szapocznik *et al.* (1984) scrie că pe măsură ce s-a dezvoltat teoria sistemelor, simptomele individului au început să fie considerate drept reflectarea unei patologii familiale, iar patologia familială a fost interpretată drept un simptom al unor sisteme mai mari, mai ample, în care este situată familia. Se poate nota, de asemenea, că terapeuţii vorbesc din ce în ce mai des de „familie schizofrenă", „familie encoprezică" etc. (Mannino & Shore, 1984).

8. Printre lucrările asupra terapiei familiale în faze, publicate în limba franceză, cititorii pot consulta volumele elaborate de Haley *et al.* (1980), Andrey *et al.* (1983), Andolfi (1986), Ackerman şi Andolfi (1987). Lucrarea apărută sub conducerea lui Pluymaekers (1989) este consacrată în acelaşi timp terapiei familiale, abordării sistemice a realităţilor instituţionale şi implicării consultantului pe lîngă diverse instituţii.

9. Lucrarea lui Benoit (1983) şi a lui Marc şi Picard (1984) oferă detalii interesante privind teoria dublei legături.

10. Utilizarea acestor patru filosofii poate fi descrisă folosind patru afirmaţii : (a) „În perioade tulburi trebuie să te rogi şi să ai încredere în Dumnezeu" ; (b) „Oamenii îşi pot rezolva problemele gîndind şi planificînd atunci cînd acestea apar" ; (c) „Majoritatea problemelor sînt rezultatul relei voinţe a celorlalţi" ; (d) „Lucrurile se desfăşoară conform destinului : ... ceea ce trebuie să se întîmple, se va întîmpla."

11. La un nivel mai general de analiză, conţinutul factorilor de stres poate fi clasificat în funcţie de categorii cum ar fi conflictul de rol, privarea de rol, aculturarea, conflictul de valori etc.

12. Descriptorii stărilor specifice de stres sînt aceiaşi ca şi cei notaţi deja drept parametri ai factorilor de stres (de exemplu, frecvenţă, formă sau configuraţie etc.).

CAPITOLUL 7

Etnopsihopatologie

Etnopsihopatologia, adică studiul raportului existent între tulburările psihopatologice şi cultura de origine a pacientului, cunoaşte o dezvoltare foarte importantă. Interesul acordat acestei abordări se explică prin faptul că practicienii sînt din ce în ce mai frecvent nevoiţi să diagnosticheze şi să trateze persoane aparţinînd unor culturi diferite, ca urmare a migraţiilor economice, a refugierilor, efectuării studiilor în străinătate, dar şi eterogenităţii (legată de multiculturalismul şi diferenţele socio-economice) societăţilor occidentale. De asemenea, crearea în ţările în curs de dezvoltare a unor reţele de asistenţă psihiatrică şi psihologică, precum şi punerea la punct a unor programe de cercetare în acest domeniu, explică şi ele creşterea interesului pentru etnopsihopatologie.

Numeroase date arată că studiul psihopatologiei dintr-o perspectivă culturală nu este un fapt recent. Esquirol, de exemplu, avea obiceiul de a-şi trimite elevii să însoţească bolnavii convalescenţi pe durata unor lungi călătorii. Astfel, după o primă călătorie în Elveţia şi Italia, Moreau de Tours vizitează Orientul în 1837, vizită care va conduce la două lucrări importante: *Recherches sur les aliénés en Orient. Notes sur les établissements qui leur sont consacrés à Malte, au Caire, à Smyrne et à Constantinople* şi *Du hachish et de l'aliénation mentale. Études psychologiques* (Baruk, 1964; Bollotte, 1973). Şaizeci şi şase de ani mai tîrziu, un alt psihiatru, de data aceasta german, Kraepelin,

a făcut o călătorie la Java şi în Malaezia, pentru a verifica dacă nosografia sa avea o validitate universală.

Etnopsihopatologia îşi datorează dezvoltarea spectaculoasă şi lui Freud, care a fost în mod constant interesat de implicaţiile psihopatologice ale faptului cultural, precum şi ale unor reprezentanţi ai şcolilor culturalistă şi neo-freudiană americană – Geza Roheim, Ruth Benedict, Margaret Mead, Ralph Linton, Abraham Kardiner, Karen Horney, Sandor Rado sau Harry Stack Sullivan. Un aport important este cel al lui Georges Devereux[1], care a contribuit la dezvoltarea etnopsihiatriei şi etnopsihanalizei, domenii conexe etnopsihopatologiei, orientate în egală măsură spre terapie şi spre studiul tulburărilor psihopatologice, cu o fundamentare clar psihanalitică. Informaţii detaliate privind istoria dezvoltării etnopsihopatologiei pot fi găsite în lucrări generale, cum ar fi cele ale lui Postel şi Quétel (1983), Alexander şi Selesnick (1972) sau în lucrările specializate elaborate de Devereux (1977, 1985), Tousignant şi Murphy (1978), Nathan (1986).

Abundenţa materialului disponibil şi spaţiul de care dispunem ne-au obligat să facem o selecţie a conţinuturilor. Următoarele cinci teme (tratate în detaliu de alţi autori) au fost astfel lăsate deoparte în acest capitol :

- influenţa modelelor culturale de gîndire asupra teoriilor psihiatrice primitive şi moderne, aspect abordat de Devereux în *Ethnopsyhanalyse complémentariste* ;
- diferenţierea culturală a expresiei, în special verbală, a simptomelor, problemă tratată în numeroase lucrări printre care remarcabilul volum colectiv editat de Simpson (1980) : *Psycholinguistics in Clinical Practice : Languages of Illness and Healing* ;
- teoriile etiologice tradiţionale : posedarea de un geniu, de un demon, de un strămoş, un mort, atacarea de către un vrăjitor canibal, absorbţia unor elixiruri de dragoste, ură, vrăji, pierderea sufletului, transgresarea tabuurilor, iniţierea solitară, pe care Nathan (1988) le descrie ca generînd şi coordonînd terapii ;

- reprezentarea, locul şi valoarea evenimentelor vieţii, studiate dintr-o perspectivă culturală, temă abordată de Bensmail (1985), Boucebci (1985), Gounongbe *et al.* (1985) ;
- un aspect foarte important pentru înţelegerea anumitor întîrzieri în dezvoltare, precum şi pentru cunoaşterea manierei în care se exercită influenţa culturii asupra cogniţiei, domeniu în care se manifestă actualmente două tendinţe : studiul practicilor culturale şi analiza ecologiei social-cognitive (Miller-Jones, 1989).

Temele alese pentru a fi dezvoltate în primele două secţiuni ale acestui capitol, sindromurile cu specificiate culturală şi marile studii transculturale ale Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, ilustrează una din marile dezbateri ale etnopsihopatologiei, dezbatere care opune perspectivele emică şi etică. Termenul **emică** se referă la o perspectivă intraculturală care subliniază ceea ce este specific unei culturi date. Al doilea termen, **etică,** se referă la o perspectivă transculturală, universală. Mai concret, dezbaterea opune susţinătorii specificităţii culturale a psihopatologiilor celor ce susţin universalitatea acestora. Actualmente, pare rezonabilă o poziţie intermediară : „Existenţa unor diferenţe în expresia stărilor patologice în funcţie de culturi este un fapt universal acceptat, dar trebuie să ne ferim în acest domeniu de erori prin exces, la fel ca şi de erori prin omisiune. Dintr-o prea mare dorinţă de a evidenţia particularităţile, riscăm să cădem într-un culturalism integral, capcană în care au căzut cîndva unii etnologi" (Pichot, 1981).

Pentru a încheia acest capitol, o a treia parte este consacrată mai multor întrebări ridicate de diagnostic, proces care, în etnopsihopatologie, vizează aceleaşi obiective ca şi în psihopatologia generală : formularea unui pronostic al evoluţiei şi alegerea unui tratament (Westermeyer, 1985). Aspectele abordate în această secţiune sînt : procesul diagnostic aşa cum decurge el în societăţile tradiţionale, variabilitatea diagnosticului, precum şi o problemă metodologică, echivalenţa transculturală a instrumentelor de diagnostic.

A. SINDROMURI CU SPECIFICITATE CULTURALĂ

Sindromurile cu „specificitate culturală" sau „legate de cultură"[2] reprezintă entități clinice descrise la persoane aparținînd unor anumite comunități culturale și care, în consecință, nu apar decît în zone geografice bine definite. Glosarul elaborat de Hugues pentru lucrarea consacrată sindromurilor legate de cultură (Simons & Hugues, 1985) cuprinde 182 de nume de entități, dintre care unele desemnează ansambluri de simptome care se aseamănă în mod frapant. Astfel, *latah, mali-mali, bah-tsche* și *imu* sînt denumiri locale pentru același fenomen, la fel ca și *koro* și *shookyong*. Simons propune ca sindromurile similare ce apar în medii culturale diferite să fie grupate sub același nume și sugerează, pentru exemplele citate, „sindromul grupării tresărire/frică" sau „sindromuri de retracție genitală".

Unii cercetători, în special cei din domeniul științelor sociale, insistă pe unicitatea culturală a sindromurilor și pe faptul că ele nu pot fi abordate decît în contextul lor socio-cultural (Kenny, 1983). Alții, de obicei clinicieni, susțin necesitatea comparării elementelor concomitente din punctul de vedere bio-psiho-socio-cultural al acestor sindromuri, în toate culturile în care apar, pentru a pune în evidență similarități (Simons, 1980).

Unul dintre cele mai cunoscute sindromuri cu specifitate culturală este *latah* sau, după cum afirmă Ellenberger și Murphy (1978), **stările de tip latah**, categorie care regrupează tulburări minore descrise în diferite regiuni ale lumii, în Malaezia, Indonezia, Siberia, în nordul Japoniei, în Africa de Nord. *Latah* a mai fost identificat printre triburile bantu din Africa și printre canadienii francezi. Declanșat de obicei de stimuli minimi, de un zgomot, o spaimă sau o situație jenantă, *latah* constă într-o reacție de surpriză și stupefacție implicînd, pe durata cîtorva minute, o pierdere a controlului și coprolalie. Ellenberger și Murphy (1978) semnalează schimbări importante privind categoriile de persoane atinse de *latah*. În secolul al XIX-lea această tulburare era întîlnită

la subiecţi de ambele sexe, chiar mai frecvent la bărbaţi, în special la soldaţi şi slujitori. Persoanele afectate nu prezentau nici un fel de tulburare în afara episoadelor de *latah* şi aveau frecvent inteligenţe deasupra mediei. În zilele noastre, *latah* apare aproape exclusiv la femei, în special de vîrstă medie, care prezintă şi simptome ale unei alte tulburări mintale sau al căror nivel intelectual este inferior mediei.

Un alt sindrom specific cultural este *koro*, descris pentru prima oară în insulele Celebes, în Indonezia (Van Brero, 1896). El apare sub formă de crize şi constă într-o teamă ca penisul să nu se retragă în abdomen, provocînd moartea. Apariţia sa era destul de frecventă pentru a duce la crearea unor instrumente speciale pentru reţinerea penisului în timpul crizelor. Ellenberger şi Murphy (1978) situează această afecţiune în cadrul nevrozelor sexuale cele mai răspîndite în Asia, împreună cu *jiryan*, prezent în nordul Indiei şi cu *shookyong*, întîlnit la chinezi şi tailandezi, descris mai recent sub formă de epidemii scurte în Singapore şi în nordul Tailandei. În cazu *jiryan*, este vorba despre teama ca forţa vitală să fie pierdută prin spermă, în cursul raporturilor sexuale, al masturbării sau ejaculărilor nocturne. *Shookyong*, care se aseamănă cu *koro* (teama că organele genitale se atrofiază, producînd moartea), aduce mai mult, în forma sa epidemică, cu isteria epidemică referitoare la infecţia imaginară sau teama de fantome.

Un al treilea sindrom, foarte cunoscut, este *amok*[3], sindrom de tip psihotic (Ellenberger & Murphy, 1978) care afectează aproape întotdeauna bărbaţii. Descris încă din secolul al XIX-lea (Ellis, 1893; Abraham, 1912), el reapare, după o perioadă de dispariţie, în anii '60, mai ales în Indochina. Pacientul nu prezintă, de obicei, nici un semn de tulburare mintală. După o frustrare minoră care nu conduce la nici o reacţie (cu excepţia unei tristeţi pentru cîtva timp), pacientul începe brusc să atace persoanele pe care le întîlneşte. Acest atac este realizat de către subiect fără vreo grijă pentru propria viaţă, uneori chiar cu ochii închişi, folosind în general o sabie scurtă numită *Kris*. Începînd cu 1959 se notează, în Laos, utilizarea grenadelor (Westermeyer, 1973).

Printre celelalte sindromuri cu specific cultural, *windigo*, *pibloktoq*, *susto*, nebunia sau nevroza curățeniei și *taijin kyofushō* sînt entitățile cele mai cunoscute.

- În cazul *windigo*, psihoză descrisă la indienii din Nordul canadian, pacientul crede în spiritul *windigo*, care se hrănește cu carne de om și care poate, prin posedarea unei persoane, să o forțeze să facă același lucru (Ellenberger și Murphy, 1978). Unii pacienți pot să atace și să mănînce alte persoane.
- *Pibloktoq* sau isteria arctică[4] apare în anumite grupuri de eschimoși. Este vorba despre o stare de excitație violentă asociată cu fuga fără țintă. Criza poate fi precedată de o perioadă de iritabilitate și poate fi urmată de convulsii sau stupoare.
- *Susto* este un sindrom întîlnit în America de Sud, constituit din insomnie, astenie, apatie, pierdere a apetitului, depresie și anxietate (Butcher & Bemis, 1983). El este atribuit, în mod tradițional, șocului rezultat din pierderea sufletului.
- Nebunia sau nevroza curățeniei (*die Putswut*, în germană), descrisă de Ellenberger (1950) și întîlnită în special în cantoanele de limbă germană ale Elveției, constă în tendința de a curăța casa într-o manieră exagerată și irațională. Afecțiunea este întîlnită numai la femei, acestea muncind toată ziua pentru ca toate să strălucească în casă. Ele își părăsesc foarte rar casa, iar atunci cînd nu spală sau mătură, se consacră unor alte activități de tip obsesional: tricotare interminabilă, aranjare minuțioasă a hainelor în dulapuri.
- *Taijin kyofushō* (sindrom cunoscut în publicațiile occidentale sub denumirea de antropofobie[5]) constituie o categorie diagnostică frecvent utilizată de psihiatrii japonezi, care au creat-o prin anii douăzeci pentru a desemna o stare considerată a nu afecta decît pe japonezi, recunoscută drept o subcategorie a clasei generale a nevrozelor (Honda, 1983).

> După Kimura (1971), există patru varietăți de antropofobii:
> - ereutofobia (teama de a nu roși în prezența altor persoane);
> - dismorfofobia (teama de a fi urît, de avea o particularitate morfologică ce ar putea să fie dezagreabilă altora, de a avea un surîs indiscret pe buze, de exemplu);

– autodisosmofobia (teama de a degaja un miros dezagreabil) ;
– teama de efectul produs asupra altei persoane de propria privire[6] (fobie ce debutează la pubertate şi care dispare în general în mod spontan spre circa treizeci de ani, constînd în frica de a-i privi pe ceilalţi, întrucît această privire ar putea părea provocatoare, arogantă, indiscretă).

După adoptarea, în Japonia, a sistemului german de clasificare elaborat de Kraepelin, a devenit din ce în ce mai clar că nu toate problemele cu care erau confruntaţi psihiatrii japonezi puteau fi încadrate în tiparele germane. Psihiatrii japonezi au reţinut acest diagnostic întrucît în practica lor, simptome cum ar fi teama de contact vizual, teama de a roşi, de a răspîndi mirosuri dezagreabile etc. apăreau adesea grupate.

Faptul că există numeroase antropofobii în Japonia şi că se acordă, în această ţară, o atît de mare atenţie acestui tip de nevroză, ridică o întrebare care se pune de altfel pentru fiecare sindrom cu specificitate culturală : care este relaţia dintre simptomele descrise şi cadrul cultural în care ele apar ? Ruth Benedict descria cultura japoneză drept o cultură a ruşinii, în contrast cu cea europeană, a culpabilităţii. Japonezii sînt cunoscuţi ca un popor foarte sensibil la opiniile celorlalţi. Este neîndoielnic faptul că ei sînt foarte preocupaţi de reputaţia lor şi de dorinţa de a produce o impresie favorabilă. Toate aceste elemente sînt, fără îndoială, legate de manifestările *taijin kyofushō*, grup de fobii legate de anumite moduri de contact interpersonal. Sînt şi alte simptome pentru care există sugestii de explicaţii şi ipoteze privind relaţia dintre simptomele care le definesc şi mediul cultural al pacienţilor[7], relaţie care va trebui să facă, fără îndoială, obiectul unor studii suplimentare. Din această perspectivă, comentariile lui Westermeyer (1985) ni se par foarte pertinente :

– dat fiind faptul că ele apar în culturi adesea foarte diferite şi separate de distanţe considerabile, aceste sindromuri sînt considerate de majoritatea cercetătorilor ca nefiind strict „legate de cultură" ;

- sindromurile legate de cultură au componente comune cum ar fi, de exemplu, frica, anxietatea, amnezia, fuga fără ţintă, retragerea socială etc. ;
- adesea numărul cazurilor scade sau creşte o dată cu trecerea timpului şi putem asista la adevărate „epidemii" bruşte şi extinse, cum ar fi cazul pentru *amok* şi *koro* ;
- tulburările psihiatrice asociate includ diagnostice foarte diferite : tulburări de personalitate, neurastenie, crize sau tulburări de adaptare, sindromuri cerebrale organice, delir indus de medicamente, depresie majoră, manie, psihoză schizofreniformă şi schizofrenie.

Înainte de a încheia această secţiune a capitolului, ni se pare important de răspuns la o întrebare centrală : cum trebuie situate sindromurile cu specificitate culturală în raport cu nosologia psihiatrică clasică? Pot fi propuse trei răspunsuri (Butcher & Bemis, 1983) :

- caracterul particular, unic, al acestor entităţi pune din nou în discuţie aplicarea independent de cultură (*culture-free*) a sistemelor nosologice occidentale (Draguns, 1973 ; Marsella, 1978, 1979). Dat fiind caracterul distinct al sindromurilor legate de cultură, Simons (1987), la fel ca şi Prince şi Tcheng-Laroche (1987), consideră că ar fi utilă includerea lor în versiunile ulterioare ale *DSM* şi CIM ;
- se poate susţine, de asemenea, că astfel de sindromuri nu sînt simple variante ale unor tulburări psihiatrice cum ar fi isteria sau psihoza reactivă (Wittkower & Fried, 1959 ; Honigman, 1968 ; Yap, 1969 ; Kiev, 1972 ; Kennedy, 1973) ;
- în fine, ele pot fi considerate drept ansambluri de simptome acute, tranzitorii, suprapuse unor procese psihiatrice în curs (Rin, 1965 ; Kennedy, 1973).

Cercetări ulterioare sînt neapărat necesare pentru a preciza care dintre aceste răspunsuri este cel corect.

B. MARI STUDII TRANSCULTURALE ALE ORGANIZAŢIEI MONDIALE A SĂNĂTĂŢII (OMS)

1. Studiul tulburărilor depresive

Tulburările depresive constituie o preocupare majoră a OMS. Încă dinspre mijlocul anilor '60, OMS a elaborat mai multe proiecte avînd drept obiectiv punerea la punct a unor metode de evaluare, clasificare şi notare a tulburărilor depresive, aplicabile la nivel internaţional.

În cadrul unui proiect OMS privind prevenţia suicidului, o echipă de cercetători a încercat să pună în evidenţă de ce sistemele de înregistrare a suicidului şi a tentativelor de suicid au o fiabilitate redusă (OMS, 1974). Ulterior, o dată cu a noua revizie a Clasificării Internaţionale a Maladiilor (OMS, 1978), capitolul referitor la tulburările mintale a fost remaniat, mai ales pentru a include un număr mai mare de rubrici pentru clasificarea stărilor depresive.

În cadrul Studiului Pilot Internaţional asupra Schizofreniei (OMS, 1973, 1979), un grup de 256 de bolnavi afectaţi de depresie au fost selecţionaţi pentru a permite comparaţii cu grupuri de schizofreni. Rezultatele obţinute arată, pe de o parte, că este posibilă punerea la punct a unor metode normalizate pentru evaluarea depresiei în diferite contexte culturale, iar pe de altă parte, că bolnavii depresivi provenind din nouă ţări foarte diferite din punct de vedere cultural au numeroase caracteristici comune.

Un alt proiect OMS este consacrat posibilităţilor de ameliorare a tratamentului depresiei în şapte ţări în curs de dezvoltare, posibilităţi examinate în contextul unei cercetări mai ample privind introducerea posibilă a unor componente de sănătate mintală în serviciile medicale primare (Harding, 1977, cf. Sartorius, 1983).

Pornind de la o serie de observaţii care arată că persoane aparţinînd unor grupuri etnice diferite par să reacţioneze în mod diferit la anumite medicamente, o anchetă OMS a fost întreprinsă pentru a evalua efectele medicamentelor antidepresive asupra unor bolnavi trăind în contexte socio-culturale şi condiţii climatice diferite (Sartorius, 1973 ; Vartanian, 1976, cf. Sartorius, 1983).

În 1983, OMS publică un important raport privind studiul colectiv referitor la evaluarea normalizată a tulburărilor depresive (Sartorius *et al.*, 1983), document care va fi prezentat în această secţiune a capitolului. Studiul descris în acest raport a fost conceput în 1970, prin colaborarea unor centre de cercetare situate la Montréal, Teheran, Nagasaki, Tokyo şi Bâle. Cele cinci zone de studiu alese prezintă diferenţe din punct de vedere demografic, cultural şi social. Avantaj suplimentar, două dintre centrele de cercetare erau situate în aceeaşi ţară (Japonia) ; astfel, deşi toţi pacienţii japonezi aparţineau aceluiaşi mediu „macro-cultural", bolnavii din Tokyo trăiau într-un oraş cu o mare densitate a populaţiei, pe cînd cei din Nagasaki locuiau într-o regiune ruralo-urbană.

Pentru nevoile acestui studiu, echipa a pus la punct două instrumente : (a) o fişă de triere pentru selecţia bolnavilor (o simplă listă de control enumerînd criteriile de incluziune/excluziune) ; (b) Protocolul de Evaluare normalizată a Tulburărilor Depresive (PETD/OMS), instrument care ar permite înregistrarea datelor obţinute în cursul evaluării clinice a bolnavilor. Acest protocol a fost conceput pentru a fi aplicabil într-o cercetare internaţională, adică pentru a fi capabil de a înregistra caracteristicile tulburărilor depresive specifice unei anumite culturi, inclusiv cele care nu pot fi prevăzute pornind de la cunoştinţele disponibile. Normalizarea rubricilor şi uniformitatea cotării sînt obţinute adăugînd la protocol un glosar de definiţii, completate de întrebări exploratorii utilizate în diferitele centre în decursul examenului clinic şi stabilind regulile pentru cotarea specifică a rubricilor individuale[8].

Ca urmare a aplicării criteriilor de triere şi utilizării Protocolului PETD/OMS, echipa de cercetare a selecţionat un

total de 573 de bolnavi care au fost supuşi unui bilanţ detaliat. Există similitudini între grupurile de bolnavi care au beneficiat de tratament în cele patru centre – Bâle, Montréal, Nagasaki şi Tokyo – situate în ţări dezvoltate. Acest fapt nu permite însă stabilirea cu precizie a modului în care aceste grupe se diferenţiază de populaţia generală a zonelor respective. O singură diferenţă socio-economică apare în mod clar: muncitorii din industrie (în special muncitorii calificaţi) par a fi slab reprezentaţi în populaţia bolnavilor, în timp ce femeile casnice par a fi suprareprezentate. Grupul din Teheran se diferenţiază de grupurile studiate în celelalte centre prin faptul că pacienţii care îl compun sînt, în general, mai tineri, adesea analfabeţi şi cu venituri reduse.

Diagnosticele stabilite pentru fiecare bolnav au fost clasificate după două sisteme, unul propus de centrul din Bâle (fondat pe concepte nosologice şi identificînd opt tipuri de stări depresive), iar altul de către centrul din Teheran, care propunea cinci tipuri de stări depresive. Întrucît numărul de pacienţi repartizaţi în fiecare dintre tipurile clasificărilor era insuficient pentru a permite o analiză şi comparaţii, diferitele rubrici au fost regrupate după o schemă tripartită simplificată cuprinzînd depresia endogenă, depresia psihogenă şi alte forme de depresie[9]. Dintre cei 573 de pacienţi examinaţi, 56,7% au fost repartizaţi în grupul „depresie endogenă", 37,2% în grupul „depresie psihogenă", iar 6,1% în „alte forme de depresie". În patru dintre centre (Nagasaki, Tokyo, Teheran şi Bâle), depresiile endogene au fost mai numeroase decît cele psihogene. La Montréal, în schimb, bolnavii erau mai numeroşi în grupul formelor psihogene.

Studiul simptomatologiei episodului aflat la originea includerii fiecărui bolnav în populaţia acestei cercetări arată că, în toate centrele, pacienţii prezentau practic acelaşi „nucleu" de simptome: tristeţe, absenţa bucuriei, anxietate, tensiune, lipsă de energie, dezinteres, pierderea capacităţii de concentrare, idei de insuficienţă, de incapacitate şi devalorizare. La acest nucleu al depresiei (prezent în 76% dintre cazuri) se adăugau mai multe simptome la Nagasaki (nouă simptome suplimentare) şi cîteva la Bâle şi Montréal. Grupul de simptome de bază era ceva mai

redus la Tokyo şi Teheran. Anxietatea şi tensiunea nervoasă par să figureze, în toate centrele regionale, printre simptomele cele mai frecvente ale tulburărilor depresive. Ideile de insuficienţă (unul dintre simptomele cele mai frecvente la Bâle) sînt mai rar notate la Tokyo, şi încă şi mai rar la Teheran.

Doar la nivelul cîtorva simptome s-au observat diferenţe importante între centrele de cercetări. Acesta a fost cazul, îndeosebi, al agitaţiei psihomotorii (care apare rar în ansamblu, cu excepţia centrului din Teheran) şi sentimentelor de culpabilitate şi autocondamnare (68% la Bâle şi doar 32% la Teheran). A putut fi constatată absenţa frapantă a simptomelor cu specific cultural, adică a unor manifestări care să nu se integreze în fenomenologia clasică a tulburărilor depresive. Simptomele mai „folclorice" au fost reprezentate de un singur caz de „experienţă de posedare" la Nagasaki şi de acuze de spermatoree la un pacient de la centrul din Teheran.

În concluzie, dacă se admite că bolnavii care au participat la acest proiect OMS sînt reprezentativi pentru cazurile tratate în mod obişnuit în cele cinci centre unde s-a derulat cercetarea, se poate afirma că bolnavii care solicită, în cele cinci zone de studiu, un tratament psihiatric pentru a lupta împotriva tulburărilor depresive, prezintă, în multe privinţe, asemănări frapante.

2. Schizofrenia: psihoză etnică sau tulburare universală ?

Într-un articol privind „Originile sociale ale schizofreniei" apărut în *L'Information psychiatrique* (1965) şi reluat ulterior în *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (1977), sub titlul „Schizofrenia, psihoză etnică sau schizofrenia fără lacrimi", Devereux scria că această entitate este psihoza cea mai răspîndită în societatea modernă şi că schizofrenia aşa-zis „nucleară" nu este observată niciodată în rîndul populaţiilor realmente primitive.

Pentru Devereux, schizofrenia constituie psihoza etnică tip a societăţilor civilizate complexe, noţiunea de psihoză etnică (la fel ca şi cea de nevroză etnică) fiind astfel definită:

„1. Conflictul care stă la baza nevrozei sau psihozei etnice afectează în egală măsură majoritatea indivizilor normali : conflictul nevroticului sau al psihoticului este doar mai violent decît al celorlalţi ; pacientul este deci **la fel** ca ceilalţi, dar într-un mod **mai intens** decît ceilalţi."

„2. Simptomele caracteristice ale nevrozei sau psihozei etnice nu sînt improvizate. Ele nu sînt inventate pentru bolnav : ele îi sînt furnizate «pe măsură» de către mediul său cultural şi reprezintă, în sensul utilizat de Linton, «modele de inconduită». Totul se întîmplă ca şi cum societatea i-ar spune nevroticului sau psihoticului : «nu fi nebun, dar dacă trebuie să fii, atunci manifestă-ţi nebunia în cutare sau cutare mod... şi nu altfel. Dacă te îndepărtezi de acest comportament, lumea nu te va lua drept nebun, ci drept criminal, vrăjitor sau eretic»."

Programul de cercetare epidemiologică transculturală a schizofreniei, realizat de OMS, a permis culegerea de date deosebit de interesante pentru înţelegerea legăturilor dintre mediul cultural şi tulburările diagnosticate drept schizofrenie. Aceste date, după cum vom vedea, vin să infirme interpretarea schizofreniei drept psihoză etnică.

Programul OMS cuprinde trei studii principale :

- Primul (1969-1977) este *Studiul Pilot Internaţional asupra Schizofreniei*, care s-a derulat în nouă centre din Africa, Asia, Europa, America Latină şi de Nord şi a implicat un total de 1202 pacienţi, evaluaţi iniţial şi reevaluaţi după doi şi cinci ani (OMS, 1973, 1977, 1979). Unele centre şi-au urmărit subiecţii timp de zece ani.
- Al doilea studiu (*Evaluarea şi reducerea incapacităţii psihiatrice*), ale cărui rezultate au fost publicate în 1980, s-a centrat în principal pe manifestările şi tratamentul tulburărilor comportamentale şi a incapacităţilor sociale ale pacienţilor prezentînd o schizofrenie cu debut recent (Jablensky *et al.*, 1980). Acest studiu a vizat 520 de pacienţi din cinci ţări europene şi o ţară africană. Ei au fost evaluaţi, în mod repetat, după un an şi doi ani de la evaluarea iniţială.

- Al treilea studiu (1978-1986) s-a referit la *Determinanţii evoluţiei tulburărilor mintale severe*. El a implicat 1379 de pacienţi (745 bărbaţi şi 634 femei), evaluaţi în 12 centre din zece ţări. Aceşti pacienţi au fost identificaţi şi triaţi pe baza faptului că prezentau simptomele unei psihoze funcţionale şi că erau trataţi în diferite moduri în locurile unde se aflau[10]. Pacienţii care corespundeau criteriilor diagnostice ale bolii schizofrenice au fost ulterior examinaţi cu instrumente standardizate şi urmăriţi timp de doi ani. Principalele detalii privind acest studiu figurează într-un articol al lui Sartorius *et al*. (1986).

Programul de cercetare al OMS a permis obţinerea unui număr important de date. Printre acestea, unele au o importanţă majoră referitor la tema prezentată în această secţiune. Este vorba, înainte de toate, de date privind incidenţa[11] schizofreniei în opt zone unde s-a putut realiza o acoperire satisfăcătoare a resurselor sanitare unde avea loc primul contact (Sartorius *et al*., 1986): Aarhus, Chandigarh (zonă rurală şi urbană), Dublin, Honolulu, Moscova, Nagasaki şi Nottingham, zone situate în şapte ţări (Danemarca, India, Irlanda, Statele Unite, Rusia, Japonia şi Marea Britanie). Incidenţele anuale la 10.000 de locuitori cu vîrste între 15 şi 54 de ani au fost calculate folosind o definiţie diagnostică „largă" şi respectiv una „restrictivă", bazată strict pe prezenţa unui tablou clinic iniţial care satisfăcea criteriile clasei CATEGO S+[12].

Atunci cînd se utilizează definiţia „largă", incidenţele combinate (bărbaţi şi femei) variază între 1,5 (la Aarhus) şi 4,2 (la Chandigarh – zona rurală). Nivelurile cele mai ridicate, pentru ansamblul centrelor urmărite, sînt notate la Chandigarh (zona rurală), unde incidenţa la 10.000 de persoane este de 3,7 la bărbaţi şi de 4,8 la femei. Nivelurile cele mai coborîte sînt notate la Aarhus şi la Honolulu pentru bărbaţi (1,8) şi la Aarhus pentru femei (1,2). Diferenţele dintre zone sînt statistic semnificative.

În cazul aplicării definiţiei restrictive, nivelurile de incidenţă combinată sînt mai reduse, variind între 0,7 la Aarhus şi 1,4 la Nottingham. Pentru bărbaţi, incidenţele sînt cuprinse între

0,8 (Chandigarh – zona urbană) şi 1,7 (Nottingham). În cazul femeilor, valorile sînt cuprinse între 0,5 (la Aarhus) şi 1,4 (la Moscova). Spre deosebire de constatările făcute prin utilizarea definiţiei „largi", diferenţele între incidenţele tulburărilor corespunzătoare criteriilor clasei CATEGO S+ nu sînt semnificative statistic. Aceste rezultate tind să arate că probabilitatea de apariţie a sindromului schizofrenic „central" în populaţii diferite este aproximativ egală, în ciuda diferenţelor culturale, socio-economice, de nutriţie etc. existente între aceste populaţii. Departe de a fi o boală unică, schizofrenia ar constitui „calea finală comună" pentru o serie de procese patologice şi anomalii de dezvoltare. Asemănarea dintre incidenţa sa în diferite populaţii ar fi expresia unei tendinţe (sau dispoziţii) distribuite mai mult sau mai puţin uniform în toate aceste populaţii, de a reacţiona conform tipului de reacţie „schizofrenic" la factori etiologici diferiţi.

Programul de cercetări al OMS a permis extragerea unei serii de alte observaţii foarte importante pentru studiul etnopsihopatologic al schizofreniei :

- Dacă simptomatologia iniţială a pacienţilor este similară, atît în interiorul fiecărui centru cît şi la o comparaţie între centre, după doi şi respectiv cinci ani de la examenul iniţial se manifestă moduri de evoluţie foarte diferite. Diferenţa dintre pacienţii din ţările în curs de dezvoltare şi cei din ţările dezvoltate este semnificativă. Prezenţa unui singur episod psihotic urmat de o remisie completă este constatată la 58% din pacienţii din Nigeria şi la 51% dintre pacienţii din India. În celelalte centre, procentajele evoluează între 6% în Danemarca şi 27% în Taiwan. Pe de altă parte, 50% dintre pacienţii din Danemarca, 47% din cei din Statele Unite şi 30% dintre cei din Marea Britanie şi Cehoslovacia (faţă de numai 7% în Nigeria şi 20% în India) prezintă o maladie psihotică cronică, fără remisiune. Se poate concluziona că pacienţii din ţările în curs de dezvoltare au o evoluţie semnificativ mai bună decît cei din ţările industrializate.
- Faptul că modelul sau configuraţia schizofrenică de simptome poate fi identificată în mod fidel în medii culturale foarte

diferite şi că acest model corespunde descrierii acceptate în general a sindromului schizofrenic repune în discuţie poziţia „relativismului cultural" privind identificarea schizofreniei în diferite populaţii. Rezultatele obţinute au arătat, de asemenea, că pacienţii **acuţi** din diferite medii culturale şi cu niveluri de educaţie dificil comparabile utilizează fraze aproape identice pentru a-şi exprima starea subiectivă. Similaritatea experienţei subiective a nucleului de simptome schizofrenice este frapantă dacă se ţine seama de diversitatea normelor, credinţelor şi atitudinilor sociale, precum şi existenţa unei varietăţi de tehnici de combatere a stresului.

C. PROBLEME PUSE DE DIAGNOSTIC

1. Vindecătorul şi pacientul său: procesul diagnostic

În eseul său intitulat „Diagnosticul în psihiatria primitivă: teoria generală a diagnosticului", Devereux (1977)[13] constată raritatea studiilor privind metodele diagnostice ale vindecătorilor. O dovedeşte faptul că termenul de „diagnostic" nu figurează în indexul lucrării lui Laubschner (1937) asupra psihopatologiei populaţiei tembu sau faptul că Yap (1952), în articolul său despre *latah*, nu studiază decît produsul „finit", fără a preciza procesul care conduce la etichetarea individului care prezintă această tulburare. Devereux (care abordase deja, în mod sistematic, această problemă într-un studiu asupra indienilor Mohave, publicat în 1961[14]) reconstituie, în eseul său despre diagnostic, procesul cultural prin care un individ dobîndeşte statutul de persoană anormală, procesul prin care este stabilită prezenţa unei singularităţi. Acest proces implică trei etape:

(a) constatarea prezenţei unui element singular care este atribuit propriei persoane sau altuia: „ceva (neprecizat) nu merge bine în mine (sau tine)"[15];

(b) întrucît unele singularităţi de comportament ţin în mod exclusiv de vindecător, în timp ce altele sînt de resortul şefului de

trib sau al unui echivalent oarecare al unui tribunal modern, trebuie să se ajungă mai întîi la concluzia că „ceva ce ţine de **vindecător** nu merge bine în mine (în tine)". Faptul că situaţia este îndreptată către vindecător (sau că acesta afirmă că problema ţine de competenţa sa) constituie, după Devereux, o etapă sau o procedură diagnostică ;

(c) constatarea că singularitatea afectează mai ales ceea ce ar putea fi numit sinele pacientului, nucleul însuşi al personalităţii sale : „ceva de ordin **psihologic**, ţinînd de vindecător, nu merge bine în mine (în tine)". Faptul de a încredinţa pacientul psihiatric competenţei vindecătorului mai curînd decît a tribunalului sau Bisericii, constituie o etapă decisivă a diagnosticului şi este direct legată de „modelele de gîndire" care există în societatea căreia îi aparţine pacientul. Devereux subliniază că acest lucru este esenţial pentru înţelegerea procesului diagnostic de bază, întrucît totul pare să depindă de criteriile care fundamentează diagnosticul. Cu alte cuvinte, trebuie precizat dacă ne aflăm în faţa unei „devieri de la normă" (caz în care diagnosticul este pus în termeni de **nu**-normal) sau a unei „respectări a unor norme marginale", iar în acest caz diagnosticul se pune în termeni de **da**-nebun.

Pentru Devereux, diagnosticul crucial („această singularitate ţine de vindecător") se bazează pe conformitatea la o normă marginală. Un individ este considerat drept „nebun" pentru că el se comportă aşa cum doar nebunii se poartă. Modelele conceptuale ale tulburărilor psihice ar fi cunoscute atît de către vindecători, cît şi de către persoanele pe punctul de a deveni psihotice, iar Devereux formulează ipoteza conform căreia cunoaşterea acestor modele influenţează în manieră decisivă formaţiile simptomatice ale bolnavului. Pentru a demonstra că modelele conceptuale ale tulburării psihice difuzează şi sînt cunoscute de toate păturile sociale, Devereux propune două argumente : (a) faptul că pacientul supune vindecătorului un autodiagnostic prefabricat[16] ; (b) dificultatea, mai mare în societăţile tradiţionale, de a decela fenomenul de simulare, din cauza cvasi-identităţii celor două modele conceptuale ale tulburării psihice : cel al profanului şi cel al vindecătorului[17].

2. *Aspecte legate de variabilitatea diagnosticului*

Într-un context caracterizat prin opoziţia, adesea foarte netă, între tendinţele etică şi emică, cercetătorul din sfera etnopsihopatologiei ajunge să examineze mai multe aspecte legate de ceea ce am putea numi variabilitatea diagnosticului.

Un prim aspect, definit tehnic drept fidelitatea diagnosticului, se referă la probabilitatea să existe un acord între diagnosticele a doi clinicieni. Acest acord poate fi cuantificat prin calcularea scorului *kappa*, care variază de la 0 la 1, valoarea din urmă indicînd un acord perfect. Foarte timpuriu după elaborarea acestei metode calcul, studiile transculturale au ajuns la scoruri *kappa* comparabile cu cele obţinute în studiile intraculturale (Westermeyer, 1985).

O comparaţie a acordului legat de diagnostic, realizată ţinînd seama de originea pacienţilor şi clinicienilor, a fost făcută de Leff (1974). În cazul psihiatrilor originari din ţările industrializate, acordul interevaluatori era bun pentru pacienţii din nouă ţări industrializate şi respectiv slab pentru pacienţii din patru ţări în curs de dezvoltare. Psihiatrii din ţările în curs de dezvoltare obţineau, în schimb, scoruri ridicate atît pentru pacienţii din ţările în curs de dezvoltare, cît şi pentru cei din ţările industrializate. Acest rezultat se explică, foarte probabil, prin faptul că psihiatrii din al doilea grup, care au beneficiat de o formare în ţările industrializate, au experienţa pacienţilor din amîndouă tipurile de societate.

Importanţa cunoaşterii mediului cultural al pacienţilor este pusă de asemenea în evidenţă de Westermeyer şi Zimmermann (1981), care constată că scorurile *kappa* ale clinicienilor „naivi" (adică cei care nu sînt familiarizaţi cu mediul cultural de care aparţin pacienţii) sînt mult mai reduse decît ale clinicienilor „experimentaţi", informaţi în privinţa cadrului cultural al pacienţilor. În acest caz, coeficienţii *kappa* se referă la acordul dintre diagnosticul clinicianului şi diagnosticul popular, tradiţional, local.

Un alt aspect al variabilităţii diagnosticului este legate de patoplasticitatea culturală a tulburărilor psihopatologice, noţiune

care se referă la posibilitatea ca anumite stări psihopatologice să-şi schimbe integral expresia clinică (deci şi categoria diagnostică) de la o cultură la alta. Această posibilitate este susţinută de numeroase observaţii. Astfel, în culturi în care toxicomaniile sînt frecvente, procentajele de tulburări de tip nevrotic sînt reduse (Shore *et al.*, 1973). Aceasta ar sugera că alcoolismul şi alte toxicomanii ar putea constitui o manifestare alternativă a tulburărilor nevrotice. Într-o manieră similară, Lesse (1979) arată faptul că sindromurile definite într-o cultură drept „psihosomatice" sau „probleme de comportament" pot masca ceea ce în alte culturi se consideră a fi „depresie". La un alt nivel, problema patoplasticităţii se poate pune în raport cu variaţiile, legate de cultură, ale unei aceleiaşi entităţi clinice. Acest aspect a fost deja abordat, mai ales în cazul depresiei, în secţiunea acestui capitol consacrată studiilor transculturale întreprinse de OMS.

În acest context, este important de menţionat că, ţinînd seama de rapoartele elaborate în decursul ultimului secol, se constată că psihopatologia se modifică în timp. După cum sublinia Prince (1968), referindu-se la tabloul clinic al sindromurilor depresive în Africa, cauza schimbărilor observate nu este prea clară, putînd fi formulate numeroase întrebări :

- este vorba oare de o modificare a modului nostru de a diagnostica?
- este vorba despre efectele altor factori cum ar fi creşterea nivelului de educaţie sau diminuarea influenţei credinţelor religioase?
- este vorba de modificări ale funcţiilor psihiatriei, mai puţin implicată în controlul social şi mai orientată spre tratament?
- cauza ar putea fi faptul că depresia, la fel ca şi alte tulburări pentru care există din ce în ce mai multe mijloace eficace de intervenţie, este actualmente diagnosticată mai frecvent?

Schimbările observate se explică probabil prin mai mulţi, dacă nu chiar toţi factorii evocaţi în aceste întrebări. După cum sublinia Pichot în conferinţa sa la simpozionul „Psihiatrie şi

cultură" (Dakar, 1981), în lumea actuală, unde se observă fenomene care, deşi nu sînt noi, au căpătat o amploare nouă, de exemplu civilizaţia industrială impusă astăzi în mod brutal şi rapid ţărilor în curs de dezvoltare, se impune o constatare: raporturile dintre psihiatrie (deci şi psihopatologie) şi cultură nu rămîn statice (Pichot 1981). Această situaţie nu va înceta să ridice noi întrebări în plan diagnostic.

3. *Echivalenţa instrumentelor de evaluare diagnostică*

S-a observat de multă vreme că apartenenţa subiectului la un grup etnic diferit influenţează rezultatele sale la diferitele teste utilizate în clinică. Este cazul, în special, al instrumentelor de tip inventar, cum ar fi MMPI, Inventarul Multifazic de Personalitate Minnesota (Baughman & Dahlstrom, 1972; Jones, 1978). S-a constatat, de exemplu, că subiecţii aparţinînd minorităţii negrilor sau altor grupuri minoritare din Statele Unite tind să obţină scoruri uşor mai mari la scala schizofrenie (Sc) a MMPI. Această tendinţă a fost, de asemenea, notată la subiecţi provenind din diferite ţări, cum ar fi Israelul sau Japonia (Butcher & Pancheri, 1976). Aceste cîteva exemple extrase din abundenta documentaţie disponibilă indică dificultăţile generate de utilizarea instrumentelor de evaluare într-un context cultural diferit de cel în care au fost construite. Această constatare se află la originea unui important demers metodologic privind selecţia, adaptarea şi validarea instrumentelor utilizate pentru evaluarea, în aceeaşi ţară, a subiecţilor provenind din grupuri culturale diferite sau a subiecţilor din ţări diferite (Flaherty *et al.*, 1988). Rezultatele acestui demers arată că pentru a asigura utilizarea corectă a unui instrument de diagnostic într-un nou context cultural, este indispensabilă verificarea echivalenţei a cinci dimensiuni majore.

a. Echivalenţa conţinuturilor în cercetarea interculturală semnifică faptul că pentru fiecare item al instrumentului conţinutul este pertinent în culturile în care se doreşte utilizarea sa. Această echivalenţă trebuie să fie verificată de o echipă de

specialişti din fiecare cultură, cercetători în domeniul social, al antropologiei, psihologiei şi psihiatriei. Aceştia evaluează fiecare item, stabilind dacă este pertinent, non-pertinent sau de o pertinenţă discutabilă. Se reconsideră, în toate cazurile, includerea unor itemi evaluaţi de un singur membru al echipei ca fiind non-pertinenţi sau, de cel puţin doi membri, ca avînd o pertinenţă discutabilă. Atunci cînd este adoptată decizia de a elimina anumiţi itemi, devine necesară verificarea consistenţei interne şi a fidelităţii instrumentului astfel modificat. În asemenea condiţii, s-ar putea să fie necesară căutarea unui alt instrument sau crearea unuia nou.

Un exemplu de aplicare a principiilor decurgînd din echivalenţa de conţinut este oferit de PPC (Proiect Peruvian-Cangallo), realizat pentru a studia efectele psihopatologice ale migrării dintr-un sat din Anzi în Lima şi pentru a determina impactul unor variabile cum ar fi aculturarea, sprijinul social şi integrarea socială. În acest caz, echipa constituită din specialişti a decis eliminarea, ca nefiind pertinenţi pentru cultura indiană (subiecţii vorbeau quechua), a tuturor itemilor destinaţi măsurării comportamentelor antisociale ale versiuniii spaniole a Schemei de Interviu Diagnostic (Diagnostic Interview Schedule sau DIS ; Robins *et al.*, 1981). Itemii respectivi cuprindeau întrebări de tipul : „Aţi fost amendat pînă acum de măcar patru ori pentru exces de viteză sau trecere pe roşu ?". Conţinuturi de acest tip sînt în mod evident inadecvate pentru persoane trăind în mediul cultural andin, cum sînt subiecţii PPC, care nu au condus niciodată o maşină.

Itemii referitori la suicid au fost de asemenea eliminaţi din Interviul de cercetare epidemiologică psihiatrică (Psychiatric Epidemiology Research Interview sau PERI ; Dohrenwend *et al.*, 1980). Deşi suicidul pasiv (de exemplu, prin privare de hrană) apare în această cultură, echipa de specialişti a considerat că în cultura andină, ideile active de suicid nu există nici măcar în stările de depresie evidente.

b. Echivalenţa semantică se referă la faptul că semnificaţia fiecărui item rămîne aceeaşi după traducerea instrumentului din limba în care a fost creat în limbile vorbite în alte culturi.

Soluţia actuală pentru a asigura echivalenţa semantică este tehnica retrotraducerii (Brislin, 1970), care implică mai multe etape. La început, o singură persoană bilingvă sau o mică echipă de bilingvi traduce instrumentul din limba *A* în limba *B*. Ulterior, o altă persoană sau o altă echipă bilingvă retraduce instrumentul din limba *B* în limba *A*. În fine, un comitet de specialişti bilingvi examinează cele două versiuni ale instrumentului (versiunea originală în limba *A* şi versiunea tradusă în *A*) şi evaluează fiecare item după o scală în trei puncte, unde 3 = „exact aceeaşi semnificaţie în cele două versiuni" ; 2 = „aproape aceeaşi semnificaţie în cele două versiuni", iar 1 = „semnificaţii diferite în cele două versiuni". Itemii care sînt cotaţi în mod uniform cu „1" trebuie excluşi ; cei care primesc cote mixte de „1" şi „2" trebuie reconsideraţi. În multe cazuri, o reformulare este suficientă pentru a include itemii respectivi în forma tradusă a chestionarului. În cazul fiecărei reformulări, tehnica retrotraducerii trebuie utilizată pentru a decide includerea sau nu a itemului respectiv.

Traducerea adjectivelor sau a termenilor ce descriu stări emoţionale este deosebit de dificilă. O altă problemă este traducerea într-un dialect al culturii. Traducerile care nu sînt consonante cu acest dialect reţin semnificaţia corectă şi pot fi chiar corect retrotraduse ; în schimb, ele pot afecta puternic percepţia subiectului despre convorbire, producînd erori în răspunsuri (Berkanovic, 1980). Retrotraducerea devine mult mai complexă atunci cînd cercetarea se derulează în mai mult de două culturi, mai ales atunci cînd într-una dintre culturi nu există un limbaj scris.

c. **Echivalenţa tehnică** se referă la faptul că, de la o cultură la alta, rezultatele obţinute nu sînt afectate de aspectele direct legate de tehnica sau metoda de evaluare utilizată. Astfel, metode sau tehnici a căror utilizare pare perfect naturală în cultura occidentală se pot dovedi a fi mai puţin familiare şi mai dificil de utilizat în alte culturi. Este cazul, în special, în numeroase ţări în curs de dezvoltare, al instrumentelor tip creion-hîrtie (Vernon &

Roberts, 1981). La fel, faptul de a examina, ca bărbat, o femeie, în cadru privat, poate vicia în mod semnificativ culegerea datelor. Formularea unor întrebări repetate şi alăturate, practică obişnuită în numeroase chestionare utilizate în ţările occidentale, poate fi percepută drept coercitivă în alte ţări.

Pentru a asigura această formă de echivalenţă, un comitet de experţi familiarizaţi cu modalităţile obişnuite de derulare a convorbirii în culturile vizate trebuie să stabilească dacă metoda de culegere a datelor este, pentru fiecare instrument şi fiecare din părţile acestuia, în acord cu mediul cultural în care trebuie aplicată. Dacă se ajunge, de exemplu, la concluzia că anumite scale ale unui instrument nu sînt pertinente pentru cultura unde se doreşte utilizarea lor, ele vor trebui să fie modificate sau excluse din studiu.

Pentru anumite instrumente, echivalenţa tehnică poate necesita studiul validităţii concurente. Aceasta implică o culegere preliminară a unui ansamblu de date, pe un eşantion mic de subiecţi, cu ajutorul a două metode diferite : prima, indigenă culturii respective, iar a doua, metoda propusă, aparţinînd unei culturi străine. Comparaţia între aceste două ansambluri de date va permite clarificarea echivalenţei tehnice şi alegerea metodei optime.

Evaluarea echivalenţei tehnice necesită şi luarea în considerare a controlului tendinţelor ce se manifestă în mod obişnuit în răspunsurile date de indivizi aparţinînd unor grupuri culturale diferite (cum ar fi, de exemplu, nevoia de aprobare socială).

d. Echivalenţa de criteriu se referă la faptul că interpretarea, prin raportarea la normă, a valorilor variabilei măsurate cu un instrument rămîne aceeaşi pentru fiecare cultură studiată. Altfel spus, în cercetarea transculturală, echivalenţa criteriului se referă la capacitatea instrumentului de a evalua o variabilă în cele două culturi studiate şi la faptul că interpretarea rezultatelor obţinute este aceeaşi în cele două culturi.

Să admitem că un instrument „X" elaborat în cultura „A" diferenţiază persoanele cu o anumită trăsătură (sau diagnostic) de

cele care nu manifestă trăsătura sau diagnosticul respectiv. Ideal, instrumentul ar trebui să permită obţinerea aceloraşi rezultate în cultura „B". Se poate, totuşi, ca examinarea rezultatelor obţinute în această a doua cultură să arate că instrumentul permite realizarea aceloraşi diferenţieri ca şi în cultura „A", dar să fie necesar un alt scor-limită de diferenţiere (deci alt etalon) pentru a putea fi aplicat în cultura „B". Bird *et al.* (1986), de exemplu, au administrat versiunea în limba spaniolă a Mini-Mental State Examination (Karno *et al.*, 1983) unei populaţii de portoricani, găsind că scorurile-limită de diferenţiere pentru stabilirea sindromului organic cerebral trebuie adaptate faţă de etalonul original stabilit în populaţia Statelor Unite. Într-o altă cercetare, Muñoz *et al.* (1978) studiază, pe o traducere a Chestionarului General de Sănătate cu 60 de itemi al lui Goldberg (Goldberg, 1972), puterea discriminantă a fiecărui item al versiunii traduse în spaniolă, pentru a stabili echivalenţa de criteriu a celor două versiuni.

De asemenea, este posibil ca variantele de norme diferite cultural să nu constituie o soluţie. Este cazul situaţiilor în care fenomenul studiat nu există în acelaşi mod în culturile studiate, cel puţin după cum este măsurat de instrumentul folosit. Utilizarea criteriilor occidentale pentru a-l evalua ar fi atunci inadecvată.

e. Echivalenţa conceptuală înseamnă că instrumentul utilizat măsoară acelaşi construct teoretic în fiecare cultură. După cum indică Vernon şi Roberts (1981), o evaluare directă a echivalenţei conceptuale nu este de obicei posibilă în psihiatrie, alte tehnici, mai puţin directe, trebuind să fie suficiente. Printre acestea se numără examenul corelaţiilor dintre itemii chestionarului administrat populaţiei studiate şi analiza relaţiilor, pentru fiecare populaţie studiată, între răspunsurile obţinute la instrumentul utilizat şi alte variabile.

Un alt exemplu de evaluare conceptuală este oferit de Baratta *et al.* (1985). Întrebarea care se punea era echivalenţa conceptuală, în două culturi, a unui instrument de evaluare a evenimentelor vieţii. Să admitem că am avea o modalitate validă intercultural de a măsura simptomele psihofiziologice. Dacă în

cele două culturi studiate, evenimentele de viaţă stresante sînt corelate pozitiv cu simptomele psihofiziologice, atunci instrumentul de evaluare a evenimentelor de viaţă este echivalent din punct de vedere conceptual în cele două culturi studiate.

În cercetarea PPC, citată anterior, se punea problema echivalenţei conceptuale a două instrumente : unul măsura suportul social, iar celălalt descurajarea. Cercetările anterioare au arătat că suportul social prezintă o corelaţie negativă cu depresia (Andrews *et al.*, 1978 ; Lin *et al.*, 1979) şi cu descurajarea (Flaherty *et al.*, 1986). Aceeaşi relaţie a fost evidenţiată la indienii studiaţi în cadrul proiectului PPC. Faptul că variabilele în discuţie prezintă aceeaşi relaţie în cultura studiată în PPC ca şi în cultura pentru care fuseseră elaborate iniţial instrumentele, a fost considerat drept o dovadă a echivalenţei conceptuale a măsurărilor respective.

Aspectele foarte tehnice prezentate în această ultimă secţiune a capitolului arată o diversificare deosebit importantă a procedeelor utilizabile în cercetarea şi practica etnopsihopatologică, în special prin introducerea strategiilor cantitative, analizate de mai multe lucrări de sinteză (Irvine & Carroll, 1980 ; Hui & Triandis, 1985 ; Flaherty *et al.*, 1988). Fără a nega diversitatea (determinată cultural) a expresiei clinice a tulburărilor psihopatologice, abordarea metodologică prezentată se înscrie în perspectiva etică, perspectivă care vizează formularea unui diagnostic din ce în ce mai standardizat şi utilizabil la nivel mondial.

REZUMAT

Etnopsihopatologia studiază raportul dinte tulburările psihopatologice şi cultura pacientului. Freud, reprezentanţii şcolii culturaliste şi neo-freudiene americane, precum şi Devereux, au adus contribuţii majore la dezvoltarea acestei abordări.

Actualmente, în etnopsihopatologie se înfruntă două mari perspective. Prima, denumită **emică**, subliniază ceea ce este specific unei anumite culturi şi poate fi ilustrată în special prin sindromurile „cu specificitate culturală" sau „legate de cultură" care nu apar decît în anumite comunităţi culturale. Printre aceste sindromuri pot fi citate *latah*, *koro* şi *amok*.

A doua perspectivă, numită **etică**, privilegiază universalitatea tulburărilor, existenţa unor invarianţi clinici. Programele de cercetare ale Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii asupra tulburărilor depresive şi schizofreniei aduc argumente în favoarea acestei poziţii. În ceea ce priveşte schizofrenia, de exemplu, rezultatele obţinute arată că probabilitatea de apariţie a sindromului schizofrenic „central" în diferite populaţii este aproximativ egală, în ciuda diferenţelor culturale şi socio-economice care există între aceste populaţii. În acelaşi timp, se constată că, dacă simptomatologia iniţială este similară, evoluţia tulburărilor este mai favorabilă în ţările în curs de dezvoltare.

Una dintre tendinţele actuale în etnopsihopatologie – diversificarea metodelor de evaluare diagnostică şi introducerea strategiilor cantitative – merită o atenţie specială. În acest cadru trebuie subliniat că, pentru a asigura utilizarea corectă a unui instrument de diagnostic într-un nou context cultural, este indispensabilă verificarea echivalenţei a cinci dimensiuni majore – echivalenţa conţinuturilor, semantică, tehnică, de criteriu şi conceptuală.

NOTE

1. Georges Devereax (1908-1985) a fost elevul lui Marcel Mauss. Absolvent al Institutului de etnologie din Paris, el face numeroase cercetări de teren. Studiază, printre alţii, pe indienii Mohave (din California) şi triburile Sedang Moi (din Vietnam). Obţine în Statele Unite doctoratul în filosofie, o diplomă de psihanalist şi psiholog şi predă la Harvard. Revine la Paris, unde ocupă un post de director de studii la Şcoala de înalte studii în ştiinţe sociale. Principalele sale lucrări sînt: *Essais d'ethnopsychiatrie générale* (1970), *Ethnopsychanalyse complémentariste* (1972), *Psychotérapie d'un Indien des Plaines* (1982). Devereux creează complementarismul care, împreună cu structuralismul, constituie cele două cadre teoretice ale etnopsihiatriei moderne (Nathan, 1986). El arată că anumite fapte brute ţin de două discursuri (etnologic şi psihologic) care, deşi nu sînt simultane, sînt complementare.

2. Prince şi Tcheng-Laroche (1987) propun ca termenul de sindrom legat de cultură să fie utilizat pentru toate sindromurile – incluzînd eventual unele afecţiuni fizice – care sînt limitate la un număr restrîns de culturi, „în principal datorită trăsăturilor lor psihosociale". Într-un comentariu la articolul lui Prince şi Tcheng-Laroche, Simons (1987) remarcă faptul că termenul, folosit încă, de „maladie tradiţională" (*folk illness*) acoperă acelaşi ansamblu de entităţi ca şi termenul de „sindrom legat de cultură". Simons propune ca acesta din urmă să fie păstrat pentru a desemna, după cum făcuse

şi Yap (1969), entităţile psihiatrice. Această propunere ar însemna că termenul general ar fi cel de „maladie tradiţională", care ar include sindromurile legate de cultură, fără a se limita la acestea.

3. De la cuvîntul malaezian *amok*, care înseamnă „angajare furioasă în luptă".

4. Landy (1985) propune ipoteza că această entitate ar rezulta, parţial, dintr-o hipervitaminoză A.

5. Antropofobiile sînt asemănate de Ellenberger şi Murphy (1978) cu fobiile sociale descrise de Janet şi cu nevrozele de contact ale autorilor germani.

6. Este ceea ce autorii germani denumesc *Blickphobie*.

7. În cazul *windigo*, de exemplu, Murphy (1978) notează că deşi există adesea o bază depresivă, cheia problemei este conflictul real cu care au fost confruntaţi numeroşi indieni din Nordul Canadei: să mănînce sau nu carne umană atunci cînd sînt izolaţi din cauza climatului, în deşertul arctic, riscînd să moară de foame. Mai tîrziu, Murphy ne oferă un exemplu de schimbare a condiţiilor culturale legate de un sindrom, în cazul *amok*-ului. La începutul secolului al XIX-lea, *amok* era propagat de legende care descriau persoanele atinse de această stare reacţională ca fiind eroi. În cazurile mai recente, cauza principală ar putea fi „o combinare particulară de narcisism şi apărare represivă a Eului, pe care fiecare dintre aceste culturi o încurajează". Un ultim exemplu se referă la „nebunia curăţeniei", pentru care Ellenberger şi Murphy (1978) ne indică acţiunea factorilor culturali: „Rezultă din convorbirile cu aceste femei că, în concepţia lor, datoria se identifică unei munci penibile şi interminabile, chiar şi neproductivă. Dacă trebuie să-şi întrerupă munca, fie şi din motive de boală, ele suferă un sentiment intens de culpabilitate. Sînt întotdeauna gata să considere uşuratice persoanele care nu au aceeaşi imagine despre muncă. În viziunea lor, cu cît o muncă este mai dezagreabilă şi obositoare, cu atît ea este mai meritorie. De aceea, tratarea unei nevroze a curăţeniei în Elveţia este dificilă, întrucît psihiatrul nu trebuie să înfrîngă doar rezistenţa bolnavei, ci şi ansamblul tradiţiilor şi valorilor culturale".

8. Un exemplu, referitor la „tristeţe, stare depresivă", reluat din glosarul ce însoţeşte PETD/OMS, va permite ilustrarea definirii simptomelor şi semnelor, a întrebărilor exploratorii recomandate şi exemplelor de răspunsuri caracteristice.
Definiţie: „Stare afectivă neplăcută, caracterizată prin sentimente de tristeţe sau detresă. Trebuie notată, de asemenea, prezenţa simptomului tristeţei sau a stării depresive atunci cînd acesta este de foarte scurtă durată şi nu se manifestă decît pe durata cîtorva ore".
Întrebări exploratorii recomandate: (1) „Cum vă simţiţi în ultima vreme?"; (2) „Vă simţiţi trist, abătut sau nefericit?"; (3) „Vi s-a întîmplat să vă simţiţi trist fără a şti cu precizie de ce?"; (4) „Simţiţi nevoia de a plînge sau aţi avut impresia că totul în jurul dumneavoastră era sumbru şi negru?".

Exemple de răspunsuri caracteristice. „Deşi pot exista variaţii în conţinutul răspunsurilor de la o cultură la alta şi în interiorul aceluiaşi context cultural, depresivii oferă în general o descriere sensibil asemănătoare cu a stării lor de spirit. Variaţia culturală este observată în special la nivelul frecvenţei de utilizare a metaforelor sau a imaginilor pentru a exprima sentimentele depresive resimţite - astfel, bolnavul poate spune că are inima «grea», «sumbră», «într-o menghină», «care cedează» sau că are impresia de a avea «o piatră pe inimă» sau «un nor deasupra capului». Folosirea acestui tip de metafore pare a fi mai frecventă în culturile non-europene (în Japonia şi Iran, de exemplu). În anumite culturi, aspectele particulare ale tristeţii şi stării de spirit depresive sînt accentuate – senzaţia de singurătate şi de autocompătimire (Japonia), nevoia de a plînge (Canada), dezinteres pentru toate (Elveţia)."

9. În această clasificare, grupul „depresiei endogene" cuprinde depresia periodică (monopolară), depresia de involuţie (tardivă), depresia în formă circulară (maniaco-depresivă, bipolară). În schimb, depresia de epuizare, depresia nevrotică şi depresia reacţională constituie grupul „depresiei psihogene". În fine, „celelalte forme de depresie" regrupează tulburările depresive la schizo-afectivi, celelalte forme de tulburări depresive şi tulburările depresive neclasificate.
   Pentru a clasa bolnavii în una din cele două mari grupe diagnostice (depresii endogene şi psihogene), se pare că psihiatrii s-au bazat pe diferenţele observate la nivelul anamnezei.
   Analiza discriminantă a pus în evidenţă un fapt care ar putea fi interpretat drept o dovadă a validităţii conceptuale a distincţiei fenomenologice între depresiile endogene şi depresiile psihogene. Este vorba de posibilitatea de a stabili distincţia dintre bolile depresive endogene şi tulburările depresive psihogene pe baza scorurilor medii legate de Factorul 1 (adinamie/încetinire) şi 3 (personalitate anormală) cu procente de clasificare eronată mergînd, în diferite centre, de la 21,9% la 34% (cu o medie de 28,3%).

10. Membrii echipei au identificat şi contactat toate serviciile şi agenţiile care puteau reprezenta terenuri posibile de contact pentru subiecţii potenţiali de studiu. Aceste terenuri aparţineau mai multor categorii majore, mergînd de la resursele psihiatrice locale la resursele nespecializate sau alternative care, în unele zone, includ vindecătorii tradiţionali sau religioşi. Pacienţii reţinuţi avuseseră un prim contact cu aceste resurse în cursul ultimilor doi ani.

11. Termenul de **incidenţă** se referă la numărul de cazuri de debuturi de boală sau de persoane îmbolnăvite într-o perioadă dată, într-o populaţie. Termenul de **prevalenţă** indică numărul de cazuri sau de bolnavi într-o populaţie dată, fără a distinge cazurile noi de cele vechi.

12. Simulare a procesului diagnostic, programul CATEGO (OMS, 1974; Wing *et al.*, 1974) imită pur şi simplu ceea ce ar trebui să facă un clinician. Aplicînd cele 10 etape ale programului CATEGO la datele din Examenul Stării Actuale, se obţine o clasificare diagnostică de referinţă simulată pe

calculator, care poate fi comparată cu cea a psihiatrului clinician. Principalele clase ale CATEGO sînt desemnate prin litere, majoritatea fiind afectate de un indice de incertitudine (+ sau ?). Principalele simptome ale clasei S+ (psihoze schizofrenice) sînt: (1) intruziunea în gîndire, ecoul gîndirii sau furtul gîndirii; (2) deliruri de control; (3) voci vorbind de bolnav la persoana a treia sau comentînd gîndurile sau acţiunile acestuia; (4) alte halucinaţii auditive (ce nu se bazează pe afectivitate); (5) alte deliruri. Dacă unul dintre simptomele (1), (2) sau (3) este prezent, bolnavul este automat clasat S+; la fel, dacă sînt prezente împreună simptomele (4) şi (5).

13. Apărut iniţial în 1963, acest text al lui Devereux este reprodus în *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, constituind capitolul al XIII-lea al acestui volum.

14. În bibliografia la *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Devereux indică necesitatea consultării celei de-a doua ediţii, revizuită şi adăugită, a acestui document, din 1969.

15. După cum se poate constata, este vorba de o recunoaştere subiectivă („ceva nu merge bine în **mine**") sau obiectivă („ceva nu merge bine în **tine**"). Din punctul de vedere al diagnosticului, este foarte important de stabilit dacă pacientul ştie că ceva, în el, nu merge bine sau dacă trebuie să afle de la altă persoană. Devereux reaminteşte că metoda clasică de diferenţiere între nevrozat şi psihotic implică tocmai stabilirea absenţei sau prezenţei acestei conştiinţe a pacientului.

16. Autodiagnosticul implică faptul că pacientul recunoaşte că ceva central, nuclear este afectat în mod radical în el. Această conştientizare este dureroasă.

17. În societatea occidentală, în care simulatorul se trădează în mod frecvent prin falsitatea simptomelor, imaginea nebunului „aşa cum o concepe profanul" nu corespunde cu definiţia psihoticului dată în manualele de psihiatrie.

CAPITOLUL 8

Psihopatologie etologică

Creat în 1859 de către Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, termenul „etologie" a fost reinventat în 1931 de către Konrad Lorenz (Provost, 1985). Definită de Tinbergen (1951) ca fiind „studiul biologic al comportamentului", etologia este considerată astăzi de majoritatea cercetătorilor ca fiind studiul comportamentelor speciilor animale în mediul lor natural.

Dacă la origine studiul etologic se referea exclusiv la animale, ulterior el s-a extins şi la fiinţele umane, iar abordarea etologică a unor discipline constituite anterior a dus la apariţia eto-psihologiei, eto-psihanalizei, eto-pediatriei, eto-neurologiei, eto-etnologiei, eto-lingvisticii, eto-urbanismului etc. (Cyrulnik, 1987). Această enumerare dovedeşte marele succes al etologiei[1].

Apariţia unei abordări etologice a psihopatologiei – sau a psihiatriei, anumite cercetări referindu-se la intervenţii terapeutice – este legată, în mare măsură, de elaborarea teoriei ataşamentului[2]. Rezultată din lucrările lui Harry F. Harlow (etolog american specializat în studiul puilor de maimuţă) şi ale lui John Bowlby, psihanalist englez cunoscut pentru studiile sale asupra carenţei îngrijirilor materne (Harlow, 1958 ; Bowlby, 1958, 1969, 1973), teoria ataşamentului arată că anumite modele ale comportamentului animal sînt valabile pentru prima copilărie a fiinţei umane : (a) copilul se ataşează de mama sa şi de mediul său prin mecanisme analoge sau asemănătoare celor întîlnite la animal ; (b) ruptura legăturilor, lipsa îngrijirilor materne provoacă la animale tulburări asemănătoare sau analoge celor cunoscute la

ființa umană. Atașamentul este, după cum subliniază Zazzo (1974), un sistem de reacții ce nu este învățat; nevoia de atașament este o necesitate primară[3] care, pentru a se realiza, ar dispune de mecanisme înnăscute. Statutul său este la fel de fundamental ca și comportamentul alimentar cu funcția sa de nutriție și comportamentul sexual cu funcția sa de reproducere. Bowlby (1974) arată că funcția biologică a comportamentului de atașament este o funcție de protecție.

Rezultatele cercetărilor realizate în cursul ultimilor 25 de ani au îmbogățit considerabil cunoștințele privind atașamentul, direcție de cercetare la care s-au adăugat și alte direcții cum ar fi studiul etologic al autismului infantil, al schizofreniei, al depresiei sau întîrzierii mintale. Astfel s-a constituit și dezvoltat progresiv domeniul psihopatologiei etologice. Această evoluție este ilustrată de apariția în anii '70 a mai multor lucrări fundamentale elaborate de Hutt și Hutt (1970), White (1974), Kranz și Heinrich (1975), McGuire și Fairbanks (1977a), Corson *et al.* (1980). Literatura de limbă franceză s-a îmbogățit și ea grație unor contribuții cum ar fi articolele lui Schäppi (1979) și Bracinha-Vieira (1982) sau articolul lui Cyrulnik (1987), care introduce „etologia umană și clinică" în volumele de psihiatrie ale *Enciclopediei Medico--Chirurgicale*. În fine, două volume constituie contribuții majore în domeniul psihopatologiei etologice: *Éthologie et psychiatrie* (Demaret, 1979) și *Modèle éthologique et criminologie* (Debuyst, 1985)[4].

În fața tutror acestor dezvoltări se pune o întrebare: ce aduce nou etologia în înțelegerea tulburărilor psihopatologice? După McGuire și Fairbanks (1977b), această contribuție vizează trei aspecte principale:

(a) orientarea filosofică după care oamenii fac parte din regnul animal și faptul că numeroase analogii pot fi realizate între comportamentele umane și cele animale prezintă semnificative implicații potențiale pentru studiul fenomenelor psihopatologice;

(b) o contribuție metodologică ce constă în utilizarea metodelor de observație etologică[5] pentru constituirea unei baze de date privind comportamentele umane patologice, contribuție care

ar conduce, de asemenea, la studiul acestor comportamente în afara biroului terapeutului sau spitalului de psihiatrie. Atitudinea etologică, a cărei importanţă a fost subliniată de White (1974), constă în a observa şi descrie comportamentele subiectului înainte de a lua în discuţie diversele patologii existente şi a trece, eventual, la experimentare ;

(c) datele deja disponibile privind sistemele animale relativ simple şi cele oferite de experimentele pe primate constituie o contribuţie informaţională care permite o mai bună înţelegere a comportamentului uman. Evident însă, după cum subliniază şi Cosnier (1977), nu putem transpune ceea ce este specific unei specii la alta, fără cea mai mare prudenţă.

Pe lîngă aporturile notate de McGuire şi Fairbanks, ni se pare important de subliniat valoarea euristică a perspectivei etologice, aspect pe care-l menţionează Sivadon (1979) în Prefaţa la lucrarea lui Demaret. Abordarea etologică permite, într-adevăr, formularea a numeroase ipoteze privind originea diferitelor tulburări psihopatologice. Trebuie semnalate aici două direcţii :

- existenţa unor analogii între comportamentele notate la bolnavii mintali şi comportamentele adaptative prezente la diferite specii animale, analogii semnalate în numeroase lucrări, îl conduce pe Demaret (1979) să propună modele etologice pentru tulburări foarte variate, cum ar fi onicofagia, tricotilomania, agorafobia, isteria, anorexia mintală, catatonia sau psihoza maniaco-depresivă. Acest autor îi citează drept exemplu pe Gallup şi Maser (1977), care au identificat un important număr de caracteristici comune catatoniei umane şi reacţiilor de imobilizare prezente la animalele ameninţate sau capturate de un animal de pradă.
- studiul comparat al creierului uman şi al creierelor animalelor l-au condus pe McLean (1973 ; 1974) la concluzia privind alcătuirea creierului primatelor şi al omului din trei formaţiuni (creierul reptilian, cel paleomamifer şi mamifer) care, o dată integrate, constituie creierul triunic[6]. Deficitele de integrare, survenite în anumite condiţii

patologice, ar putea conduce la „eliberarea" unor comportamente „primitive", programate în creierele arhaice. În aceste condiţii, tulburările psihiatrice ar constitui „radicali biologici" (Bilz, 1971) şi ne-ar dezvălui, după expresia lui Demaret (1979), „structuri fosile ale comportamentului", îngropate în creierele reptilian şi paleomamifer.

Acest capitol nu poate să facă un bilanţ al tuturor datelor disponibile în cîmpul psihopatologiei etologice. El va aborda însă două aspecte majore. Prima parte a capitolului va fi consacrată aporturilor metodologice. În a doua parte, un exemplu clinic, cel al enureziei, ne va permite să ilustrăm geneza ipotezelor etologice în psihopatologie şi modul în care acestea sînt testate.

A. CONTRIBUŢII METODOLOGICE

Într-un articol care reproduce, cu mici modificări, conferinţa ţinută pe 12 decembrie 1973 la Stockholm, cu ocazia primirii premiului Nobel pentru fiziologie şi medicină, Tinbergen (1974) arată cum metoda clasică „observare şi interogare"[7] (*watching and wondering*) ne permite să înţelegem mai bine autismul infantil precoce. Acest demers îl conduce pe Tinbergen să stabilească o paralelă între comportamentele de tip autistic şi eliminarea acestora pe de o parte, iar pe de altă parte ceea ce putem observa cînd vizităm sau primim pentru prima oară vizita unei familii care are un copil mic.

Tinbergen descrie cu minuţiozitate toate etapele pe care le străbate copilul în interacţiunile sale cu adultul necunoscut, etape care merg de la evitarea privirii, de la absenţa contactului vizual, la instalarea unei relaţii de proximitate implicînd numeroase schimburi. Pe această bază, Tinbergen reanalizează datele disponibile privind copiii „autişti permanenţi". El consideră că majoritatea autiştilor, precum şi părinţii lor, sînt victimele unui stres al mediului înconjurător. Acesta ar determina la majoritatea copiilor viitori autişti o tulburare emoţională, o formă de nevroză

anxioasă care ar împiedica sau întîrzia apariția la acești subiecți a comportamentelor de afiliere și a socializării lor, întîrziere care ar avea, la rîndul ei, consecințe asupra dezvoltării limbajului, explorării, cititului și altor forme de învățare.

Textul lui Tinbergen constituie un exemplu bun de aplicare a abordării etologice la o problemă de psihopatologie. El arată că acest tip de abordare permite stabilirea unor asemănări între comportamentele patologice și comportamentele normale la o vîrstă dată și/sau în anumite circumstanțe. El arată, de asemenea, cum abordarea etologică conduce la ipoteze etiologice care stau la baza aplicării unor demersuri terapeutice vizînd, în cazul autismului, reducerea anxietății și reînceperea unei socializări adecvate.

În primul rînd, articolul lui Tinbergen ilustrează aportul metodologic al etologiei[8]. El arată, într-adevăr, că o parte importantă a contribuției etologilor la înțelegerea manifestărilor psihopatologice o reprezintă descrierea, prin observație, a schemelor comportamentale. Pentru un etolog, această fază descriptivă este preambulul obligatoriu al oricărui demers privind formularea de ipoteze referitoare la cauzalitatea elementelor patologice sau la intervenție.

Din punct de vedere metodologic, cercetarea bazată pe o abordare etologică va cuprinde trei faze : descriptivă, exploratorie și evaluativă (Strayer & Gauthier, 1985).

Faza descriptivă se împarte în trei etape succesive și vizează cunoașterea cît mai completă a repertoriului comportamental al subiecților studiați, adică elaborarea etogramei acestora.

- Prima etapă, aceea a **observației naive**, implică o examinare informală ce permite cercetătorului identificarea și, ulterior, descrierea comportamentului subiecților studiați, precum și a mediului fizic în care are loc observația.
- În cursul celei de-a doua etape, cercetătorul elaborează o **listă a comportamentelor observate**, fiecare fiind descris minuțios, urmărind cu atenție ca descrierea să fie validă indiferent de mediu.

- A treia etapă este consacrată **regrupării comportamentelor** din listă în categorii sau clase de scheme comportamentale. Produsul final al fazei descriptive este, în consecinţă, un sistem descriptiv coerent al repertoriului comportamental al subiecţilor studiaţi.

Faza exploratorie este consacrată examenului preliminar al efectelor diferenţiate pe care anumiţi factori selecţionaţi (factori organici sau de mediu) pot să le aibă asupra comportamentelor identificate, descrise şi clasificate în cursul primei faze. Pentru aceasta, cercetătorul trebuie să efectueze o serie de sarcini: (a) să formuleze scopuri precise de cercetare; (b) să selecţioneze subansamblul de elemente comportamentale ale listei descriptive care este adecvat scopurilor cercetării propuse şi care va fi utilizat mai tîrziu în cadrul fazei evaluative a cercetării; (c) să realizeze o observare *ad lib*[9] centrată pe subansamblul selecţionat; (d) să aleagă tipul de înregistrare adecvat, cunoscîndu-se că este posibilă măsurarea frecvenţei de apariţie a comportamentelor, a duratei acestora şi secvenţei comportamentale (adică organizarea comportamentelor exprimate în termeni de probabilităţi de tranziţie de la un element comportamental la altul).

Tehnicile de înregistrare propriu-zise pot fi grupate în două mari categorii (Gauthier, 1985). Prima este cea a **tehnicilor polivalente**, utilizabile în toate fazele, descriptivă, exploratorie şi evaluativă, ale unei cercetări observaţionale:
- înregistrarea tip hîrtie-creion a principalelor evenimente petrecute în decursul unei şedinţe de observaţie;
- înregistrarea pe bandă magnetică a informaţiilor pe care observatorul le culege şi le dictează (înregistrarea poate fi continuă sau se poate referi doar la evenimentele semnificative şi la anumite repere temporale, aparatul oprindu-se atunci cînd observatorul încetează să mai dicteze);
- înregistrarea cinematografică sau videoscopică, metodă care permite conservarea datelor observate pe un suport accesibil în mod repetitiv.

A doua categorie este constituită din patru **tehnici evaluative fixe**, a căror aplicare este specifică fazei evaluative:

- grila de codare manuscrisă, unde coloanele corespund intervalelor temporale ale observației, intervale de durată egală și distribuite în mod aleator, iar liniile corespund diverselor comportamente observate ;
- utilizarea unei claviaturi (fiecare buton corespunzînd unui comportament diferit) legate de sisteme de contorizare (pentru frecvență) și cronometrare (pentru calculul duratei) ;
- utilizarea de aparate automate de înregistrare a evenimentelor, implicînd folosirea butoanelor unei claviaturi care, în mod analogic sau digital, influențează mișcarea unui set de ace inscriptoare pe un mediu de înregistrare ;
- folosirea unui aparat de codare avînd la bază un microprocesor.

O a treia și ultimă fază a unei cercetări de tip etologic, **faza evaluativă,** permite verificarea generalității relațiilor examinate în mod informal, în cursul fazei exploratorii. Evaluarea sistematică realizată în această fază poate fi de două tipuri :

- evaluarea normativă, care permite descrierea normelor comportamentale specifice pentru anumite populații ;
- evaluarea ce permite studierea, pe o populație dată, a diferențelor comportamentale atribuibile diferiților factori organici sau de mediu studiați. Acest al doilea tip de evaluare corespunde în mai mare măsură planurilor experimentale și cvasi-experimentale de cercetare[10].

În practică, cele trei faze prezentate, descriptivă, exploratorie și evaluativă nu sînt obligatoriu succesive. Unele cercetări, de exemplu, nu depășesc faza descriptivă ; în altele, faza descriptivă este urmată imediat de cea evaluativă. Situația aceasta poate fi ilustrată printr-o cercetare asupra comportamentelor stereotipe prezentate de copii orbi, de vîrstă preșcolară, plasați într-un grup de copii de aceeași vîrstă (Dumont & Markovits, 1985). Apărînd cu o frecvență relativ ridicată la copiii normali mai mici de un an, comportamentele stereotipe reprezintă o problemă importantă pentru copiii orbi. Ele contribuie la izolarea socială a acestora (Goupil, 1981), iar prezența lor întîrzie emergența altor comportamente, în special a comportamentelor exploratorii (Fraiberg & Freeman, 1964). Eliminarea comportamentelor stereotipe este

considerată de către Risley (1968) drept necesară înaintea învăţării unor noi comportamente.

În cercetarea lor, Dumont şi Markovits (1985) au studiat şase fete, cu media de vîrstă de 49 luni. Cecitatea lor avea cauze diferite : anoftalmie, tumoare cerebrală, atrofie optică, amauroză congenitală, cecitate de origine corticală. Aceste fete nu fuseseră niciodată introduse într-un grup de copii, iar Dumont şi Markovits au studiat tocmai gesturile lor stereotipe în cursul unei prime experienţe de acest tip, în contextul unor activităţi structurate sau al unor jocuri libere.

În cursul unei prime faze descriptiv-analitice a cercetării, o perioadă de două ore de observare naivă a grupului în ansamblul său, în timpul unor jocuri libere, a permis identificarea a 18 gesturi stereotipe. Acest repertoriu de comportamente, compus simultan din gesturi orientate spre obiecte sau spre corp, a fost grupat în şase categorii, constituite pe baza celor mai implicate părţi ale corpului în fiecare gest (faţă, cap, mîini, trunchi, picioare, tălpi).

Faza evaluativă a durat patru săptămîni. Folosind o eşantionare prin observare focalizată pe un subiect, autorii au obţinut la fiecare copil un total de 90 de minute de înregistrare (18 eşantioane de cîte 5 minute fiecare): 50 de minute de activităţi structurate şi 40 de minute de joacă liberă. Pe ansamblul celor 1006 de gesturi stereotipe observate în cursul celor nouă ore de observare directă, 87% sînt gesturi corporale şi doar 13% sînt gesturi stereotipe legate de obiecte. Circa 86% dintre gesturile stereotipe ţin de trei dintre categoriile menţionate anterior (mînă, cap, faţă). Dumont şi Markovits constată că 59% dintre gesturile observate corespund emiterii a patru mişcări specifice : roteşte-capul, agită-mîna, apasă-ochiul şi leagănă-corpul[11]. În fine, frecvenţa relativă medie pe copil este de 112 gesturi pe oră, iar durata medie a gesturilor este de 9,24 secunde.

Alte două rezultate permit iniţierea unei discuţii privind semnificaţia gesturilor stereotipe. Este vorba în primul rînd de faptul că, pe ansamblul grupului, frecvenţa medie a gesturilor este mai mare în contextul activităţilor structurate : 122 gesturi/oră,

comparativ cu doar 106 gesturi/oră în cazul jocurilor libere. Atunci cînd se face această comparaţie la fiecare copil, predominanţa gesturilor stereotipe în cursul activităţilor structurate este întîlnită la 4 dintre cei 6 copii studiaţi. O frecvenţă mai mare în cadrul activităţilor structurate ar tinde să confirme ipoteza conform căreia comportamentele stereotipe ar constitui o formă de activitate de deplasare sau de activitate substitutivă. Aceste activităţi apar în cazul situaţiilor devenite intolerabile în care subiectul nu se poate descărca de tensiunile sale, în situaţiile de conflict între două tendinţe antagoniste, în situaţiile de confuzie sau atunci cînd subiectul trăieşte o întrerupere prematură a unei acţiuni în curs de realizare (Tinbergen, 1952)[12]. S-ar putea ca activităţile structurate propuse celor 6 fetiţe să le pună într-o situaţie susceptibilă de a declanşa emisia gesturilor stereotipe ca activităţi de deplasare sau substitutive. Aceasta confirmă rezultatele lui Kaufman şi Levitt (1965), care notau că producţia de gesturi stereotipe este legată de o prea mare acumulare a presiunilor asupra organismului, precum şi cele ale lui Smith *et al.* (1969), care constatau că frecvenţa gesturilor stereotipe creşte atunci cînd există solicitări excesive din partea mediului.

Această interpretare a gesturilor stereotipe drept activităţi de deplasare este însă repusă în discuţie de un alt rezultat al cercetării lui Dumont şi Markovits. Analiza datelor în funcţie de durata experienţei indică o creştere a mediei de la 84 de gesturi/copil/oră în decursul primei săptămîni, la 133 gesturi/copil/oră, în a patra săptămînă. Conform ipotezei după care comportamentele stereotipe ar constitui activităţi de deplasare, autorii se aşteptau mai curînd la o creştere iniţială a frecvenţei de apariţie a gesturilor stereotipe, care ar fi legată de stresul generat de noutatea unei experienţe de grup. Or, în cercetarea prezentată, creşterea principală apare în decursul celei de-a doua săptămîni[13]. În această situaţie, Dumont şi Markovits consideră că este esenţială o verificare, în contexte mai variate, a ipotezei că gesturile stereotipe ar constitui activităţi de deplasare.

B. UN EXEMPLU CLINIC : ENUREZIA

Formularea cea mai elaborată a unei ipoteze etologice privind enurezia ne este oferită de Bourguignon şi Guillon (1977). Pentru aceşti autori, enurezia ar constitui rezultanta acţiunii conjugate a trei variabile : (a) o predispoziţie ereditară facilitînd dereprimarea patologică a unui comportament înnăscut ce prezintă analogii (fără omologie) cu marcarea teritoriului ; (b) regresia Eului în timpul fazei a IV-a al somnului ; (c) conflictul psihic legat de o punere în discuţie a spaţiului personal al subiectului.

Observaţia clasică (Frary, 1935) privind frecvenţa mai ridicată a enureziei la rude şi în fratrii a fost confirmată ulterior de către diferiţi cercetători. Doleys (1989) notează că circa 75% dintre persoanele ce prezintă legături de rudenie de gradul I cu enurezicii au fost şi ele enurezice. În acelaşi timp, existenţa unei predispoziţii ereditare este sprijinită de rezultatele lui Bakwin (1971, 1973), care arată o concordanţă ridicată a enureziei la gemeni. În cazul monozigoţilor, procentul concordanţei este de aproape două ori mai mare decît cel observat la dizigoţi (68%, faţă de 36%). Nu există pînă acum nici un studiu pe gemeni crescuţi separat (Riddle & Cho, 1989).

Dacă toate datele prezentate pledează în favoarea existenţei unei componente genetice în apariţia enureziei, nu poate fi actualmente precizat modul de transmitere sau mecanismele genetice specifice care determină enurezia funcţională (Riddle & Cho, 1989).

Pentru Bourguignon şi Guillon (1977), enurezia nocturnă ar face parte dintr-o categorie particulară de comportamente înnăscute, cele care sînt normal inhibate, reprimate prin factori biologici sau culturali şi care se pot manifesta în anumite circumstanţe excepţionale. Mai precis, ar fi vorba de un comportament oarecum analog (fără a fi, după cum am mai spus-o, omolog) comportamentului de marcare a teritoriului prin urină, comportament prezent la un mare număr de mamifere (şoareci, şobolani, cîini, lupi, feline, maimuţe inferioare). Componenta

genetică discutată în paragrafele anterioare ar fi responsabilă de transmiterea la copil a unei predispoziţii la dereprimarea patologică a acestui comportament.

Ipoteza etologică a lui Bourguignon şi Guillon introduce o a doua variabilă, a cărei acţiune ar contribui la apariţia enureziei : regresia Eului în timpul fazei a IV-a a somnului. Această afirmaţie se bazează pe mai multe cercetări care indică faptul că emisia involuntară a urinei se produce în timpul somnului profund, cu unde lente. Autorii uneia dintre aceste cercetări, Gastaut şi Broughton (1963) descriu astfel „episodul enurezic" : cu o durată de cinci minute, el începe în timpul unei faze de somn lent şi profund (faza a IV-a) şi produce o modificare a traseului EEG (întoarcere la faza a II-a sau I-a, sau chiar la un traseu de veghe, subiectul prezentînd toate semnele clinice ale somnului).

În discuţia asupra acestui aspect, Bourguignon şi Guillon opun fazei paradoxale a somnului (unde ar avea loc, după teoria lui Jouvet, reprogramarea şi reactivarea comportamentelor înnăscute necesare adaptării individului la mediu), faza somnului profund cu unde lente în care, în conformitate cu aceşti doi autori, s-ar produce o importantă regresie a Eului cu eliberarea unor comportamente arhaice, ineficace din punctul de vedere al adaptării la mediu[14], dar răspunzînd la anumite modificări semnificative produse.

Studii mai recente, fără a repune complet în discuţie rolul factorilor legaţi de somn, contrazic unele dintre faptele utilizate de Bourguignon şi Guillon pentru a sprijini rolul regresiei Eului în timpul celei de-a IV-a faze a somnului. Astfel, studiul ciclului somnului la copiii enurezici, realizat de către Mikkelsen *et al.* (1980) indică, pe de o parte, că emisia de urină poate apărea în oricare stadiu al somnului şi, pe de altă parte, că procentul de somn cu unde lente la copiii enurezici este mai mare decît la ceilalţi copii. În acelaşi timp, Norgaard *et al.* (1985) constată absenţa modificărilor stadiului somnului în timpul episoadelor enurezice. Unele rezultate ale unui studiu longitudinal întreprins de Ferguson *et al.* (1986) sugerează că acei copii care dobîndesc mai tîrziu controlul sfincterian nocturn, dorm mai mult în

decursul primilor doi ani de viaţă. Toate faptele menţionate în acest paragraf arată că sînt necesare şi alte cercetări pentru a preciza rolul factorilor legaţi de somn în apariţia enurezíei.

A treia variabilă menţionată în ipoteza etologică a lui Bourguignon şi Guillon este existenţa unui conflict psihic legat de o punere în discuţie a spaţiului personal al subiecţilor[15]. Numeroase studii citate de cei doi autori indică o incidenţă mărită a enurezíei în diferitele tipuri de colectivităţi (internate, orfelinate, cazărmi, kibutzuri etc.). Erikson (1982) scria chiar că enurezia este „simptomul **normal** al copilului înregimentat care îşi regretă casa"[16].

Pentru a sprijini rolul celei de-a treia variabile implicate, după ei, în apariţia enurezíei, Bourguignon şi Guillon prezintă, pe lîngă datele bibliografice, concluziile pe care le extrag din studiul unui grup de 17 enurezici al căror simptom a persistat pînă la vîrsta adultă şi a căror enurezie era dobîndită, chiar reacţională. La 14 dintre aceşti bolnavi, ei notează drept cauze declanşatoare evenimente care ar putea fi interpretate în termeni de apărare sau de marcare a teritoriului : (a) obligaţia de a-şi abandona teritoriul personal (plecarea în gazdă, părăsirea căminului, emigrare) cu marcarea noului teritoriu pentru a-l lua în posesie, a-l personaliza ; (b) contestarea de către altcineva a teritoriului personal (bombardament, risc de închisoare) ; (c) apariţia unui rival în teritoriul personal (sosirea în familie a unui frate sau a unei surori, a unui socru sau a unei soacre). Bourguignon şi Guillon arată, de asemenea, că faptele care constituie o reactivare a ameninţării teritoriului, de exemplu cearta cu persoana resimţită drept intrusă, sau obligaţia de a părăsi o persoană ce fusese puternic investită afectiv, constituie factori de agravare a simptomului.

O dovadă experimentală privind posibilitatea de a interpreta enurezia (ca şi encoprezia) drept o apărare teritorială prin intermediul unor marcaje, este furnizată de Hereford *et al.* (1973).

Aceşti autori formulează ipoteza că o extindere a teritoriului personal şi, prin urmare, o delimitare vizibilă a acestui teritoriu ar reduce manifestările de tipul enurezíei sau encoprezíei. Pentru

a verifica această ipoteză, Hereford *et al.* au studiat nouă deficienţi mintali profund, cu vîrste între 19-39 ani şi al căror coeficient social, măsurat cu ajutorul scalei de maturitate socială Vineland, era situat între 4 şi 22. Durata medie a instituţionalizării lor era de 6,75 ani. Paturile celor 9 subiecţi se aflau în aceeaşi cameră cu ale altor 16 deficienţi mintali profund. Opt dintre cei 9 subiecţi manifestau comportamente care, după Hereford *et al.*, puteau fi interpretate drept teritoriale (recunoaşterea propriului pat, de exemplu); 6 din cei 8 subiecţi păreau perturbaţi de situaţiile în care alţi rezidenţi încercau să doarmă în locul lor.

Pe durata experimentării, starea paturilor în care dormeau subiecţii era evaluată, în fiecare dimineaţă, utilizînd următoarele şase categorii: (a) udat$^+$ (situaţie în care nu doar cearşaful era ud, ci exista şi o acumulare de urină pe husa saltelei); (b) udat$^+$ şi defecaţie; (c) udat (situaţie în care doar cearşaful era ud); (d) udat şi defecaţie; (e) uscat; (f) uscat şi defecaţie. Experimentul a durat 18 zile, şi această perioadă a fost împărţită în patru faze:

1. culegere de date pentru a stabili un **nivel de bază** (patru zile);
2. **expansiune spaţială** (cinci zile), ca urmare a transferului a 16 paturi din zona experimentală. Astfel, în dormitor nu au rămas decît 9 subiecţi, aranjaţi astfel încît noul spaţiu să fie repartizat în mod egal. Această rearanjare a eliminat 64% din aglomerare;
3. stabilirea, la limitele spaţiului personal, a unor **frontiere vizibile** (cinci zile). Pentru a diviza spaţiul în zone uşor de reperat, cercetătorii au lipit pe sol benzi adezive de vinilin galben. Astfel, suprafaţa mai mare de care dispunea fiecare subiect începînd cu faza a 2-a era delimitată, în faza a 3-a, pe cele patru laturi;
4. **revenirea la situaţia iniţială**. În cursul ultimelor patru zile de experimentare, subiecţii au fost evaluaţi după reintroducerea celor 16 vecini care fuseseră scoşi din dormitor în fazele a 2-a şi a 3-a. În acelaşi timp, banda galbenă a fost îndepărtată. Această ultimă fază a fost gîndită pentru a stabili dacă revenirea la teritoriul iniţial (mai restrîns şi fără delimitare vizibilă) va antrena o reapariţie la nivelurile iniţiale a enureziei şi encoprezie.

Rezultatele obţinute arată că, în conformitate cu ipoteza de pornire, mărirea teritoriului conduce la o creştere a frecvenţei paturilor uscate. O altă creştere a acestei fecvenţe este obţinută după introducerea frontierelor vizibile. În cursul ultimei faze însă, deşi există o uşoară tendinţă, nu asistăm la o revenire la nivelurile iniţiale. Pe această temă, Hereford *et al.* se întreabă dacă o perioadă de patru zile nu ar fi insuficientă pentru ca tendinţa regresivă să poată conduce la nivelurile iniţiale.

Autorii acestei cercetări consideră rezultatele obţinute drept o dovadă că la persoanele care dispun de mijloace limitate de comunicare, apărarea teritorială poate lua forma marcării odorante realizate prin intermediul enureziei şi encopreziei. În acest sens, cercetarea lui Hereford *et al.* sprijină ipoteza etologică a lui Bourguignon şi Guillon.

REZUMAT

Cu precădere după apariţia teoriei ataşamentului, etologia - adică studiul comportamentelor speciilor animale în mediul lor natural - a început să exercite o influenţă metodologică şi conceptuală asupra psihopatologiei. Aportul etologiei este şi euristic, întrucît ea permite formularea de ipoteze privind originea tulburărilor psihopatologice.

O componentă importantă a contribuţiei etologilor la înţelegerea manifestărilor psihopatologice este constituită de descrierea minuţioasă a schemelor comportamentale. Această fază descriptivă este un preambul obligatoriu al oricărei cercetări ce vizează formularea de ipoteze privind cauzalitatea faptelor patologice. Cercetarea bazată pe o abordare etologică cuprinde trei faze : descriptivă, exploratorie şi evaluativă.

Capitolul conţine, de asemenea, un exemplu de ipoteză etologică, cea a lui Bourguignon şi Guillon (1977) privind enurezia. Pentru aceşti autori, enurezia ar fi rezultanta acţiunii conjugate a trei variabile : (a) o predispoziţie ereditară ce facilitează dereprimarea patologică a unui comportament înnăscut, ce prezintă o analogie - fără omologie - cu marcarea teritoriului ; (b) regresia Eului, în timpul fazei a IV-a a somnului ; (c) conflictul psihic legat de o punere în discuţie a spaţiului personal al subiectului. Este ilustrat, de asemenea, modul în care este testată o asemenea ipoteză etologică.

NOTE

1. Această lungă listă ne reaminteşte post-scriptumul lui René Zazzo (1974) la articolul său despre ataşament. Constatînd entuziasmul faţă de etologie, ştiinţă „la modă", Zazzo concluziona avertizîndu-ne că „utilizarea haotică a conceptelor etologiei ar conduce la un nou delir al ştiinţei".

2. În Franţa, problema ataşamentului este abordată public pentru prima dată în septembrie 1970, la Lille, în cadrul Zilelor Asociaţiei de Psihologie Ştiinţifică de Limbă Franceză, unde psihanalistul belgian François Duyckaerts a prezentat raportul intitulat „Obiectul ataşamentului : mediator între copil şi mediul său" (Duyckaerts, 1972). În 1972, Zazzo publică în revista *Orientation Scolaire et Professionnelle*, un articol despre „Ataşament. O nouă teorie despre originile afectivităţii". Avînd la bază acest articol, Zazzo organizează o dezbatere „imaginară" (de fapt epistolară) la care au mai participat unsprezece personalităţi : etologi (Harlow, Lorenz, Chauvin), un pedo-psihiatru (Koupernik), un psiholog de copii (Malrieu), psihanalişti de diverse orientări (Anzieu, Bowlby, Duyckaerts, Lebovici, Spitz şi Widlöcher). Ansamblul contribuţiilor la această dezbatere a fost publicat, în 1974, într-un volum intitulat *L'attachement*, (Anzieu *et al.*, 1974).

3. Harlow a descoperit că la puiul de maimuţă, căutarea hranei este sacrificată în favoarea căutării contactului cu mama. Acest contact asigură un confort, o securitate pe care nimic nu le poate înlocui. Oferindu-i puiului de maimuţă „înlocuitori" de mamă, Harlow a demonstrat experimental prevalenţa contactului asupra căutării hranei.

4. La lucrările deja menţionate, ni se pare important de adăugat volumele privind modelele animale ale comportamentului uman publicate de Brion şi Ey (1964), Cosnier (1966) şi Centrul Naţional de Cercetare Ştiinţifică (1972).

5. După cum subliniază Cyrulnik (1987), etologia nu are exclusivitatea observaţiei, iar clinica medicală şi psihologică nu este lipsită de aceasta. Ceea ce caracterizează observaţia clinică este atitudinea sa referenţială, care fundamentează semiologia medicală şi care constă în a percepe informaţiile senzoriale, a le compara, iar apoi a le raporta la o leziune inaccesibilă. Cît despre observaţia etologică, ea este caracterizată de atitudinea pe care White (1974) a descris-o (şi care este menţionată în acest capitol). Diferitele detalii tehnice privind tipul de observaţie sînt prezentate în prima parte a acestui capitol, unde sînt abordate contribuţiile metodologice ale etologiei.

6. Partea cea mai primitivă a creierului, „creierul reptilian" constituit din sistemul reticulat, mezencefalul, ganglionii bazali şi complexul nucleu caudat (putamen) globus pallidus, are un rol predominant în programele comportamentale legate de delimitarea teritoriului, stabilirea ierarhiilor în grupuri, sexualitatea etc. Moştenire de la reptilele mai evoluate, „creierul paleomamifer" este reprezentat de sistemul limbic sau rinencefal. El joacă

un rol important în funcţiile emoţionale, viscero-somatice şi endocrine. Creierul „neomamifer", caracteristic mamiferelor superioare, permite achiziţii comportamentale importante.

7. Tinbergen arată că această metodă (dezvoltată de strămoşii vînători-culegători şi utilizată încă de boşimani, eschimoşi şi aborigenii australieni) a fost utilizată pentru prima dată ca metodă ştiinţifică aplicată la om de către Darwin, în 1872, în lucrarea *The expression of the emotions in man and the animals*.

8. Observaţiile prezentate în textul din 1974 sînt citate după un text anterior semnat de Tinbergen şi soţia sa (E.A. Tinbergen & N. Tinbergen, 1972).

9. Este vorba de un procedeu de eşantionare comportamentală descris de Altmann (1974). Aşa cum indică şi numele său (*ad lib* înseamnă în mod improvizat), procedeul respectiv este suplu.

10. Se spune că un plan este cvasi-experimental atunci cînd el face apel la un mod de analiză şi de interpretare caracteristic metodei experimentale, fără a satisface însă toate exigenţele controlului experimental strict (Campbell, 1968). Printre planurile cvasi-experimentale pot fi citate planurile cu grup de control neechivalent, planurile simulate înainte-după, planurile cu secvenţe temporale întrerupte (Fortin, 1982).

11. Gestul ritmic „roteşte-capul" este orizontal şi se realizează în mod circular sau urmînd o traiectorie în formă de „8". „Agită-mîna" este un gest ritmic implicînd o direcţie fixă sau multiplă a mîinii (mîinilor) sau antebraţului. Gestul „apasă-ochiul" este aritmic şi de intensitate slabă spre moderată. El implică un deget, mai multe degete sau mîna în contact continuu cu ochiul. În fine, gestul „leagănă-corpul" este ritmic (orizontal, vertical sau lateral) şi implică bazinul, trunchiul sau întreg corpul.

12. Este vorba de activităţi aparent fără legătură în contextul în care ele se produc (Demaret, 1979). De exemplu, doi cocoşi care se luptă, încep brusc să ciugulească pămîntul unde nu se găseşte nimic de mîncare.

13. Se poate formula ipoteza alternativă că, din cauza neintegrării sau a dificultăţilor de integrare în grupul de copii, stresul a crescut progresiv.

14. Alte evenimente episodice cum ar fi somnilocvia, somnambulismul, legănarea capului, *incubus* şi spaimele nocturne apar în timpul procesului de trezire din somnul profund, în cadrul unor „modificări ale EEG" (Gastaut *et al.*, 1965).

15. Cu ajutorul diferitelor exemple, Bourguignon şi Guillon (1977) arată prezenţa comportamentului teritorial şi la om : acesta marchează limitele proprietăţii sale prin garduri sau panouri ; un ritual bine definit este necesar pentru a depăşi limitele teritoriului celuilalt ; în interiorul spaţiului în care evoluează, omul investeşte în mod stabil anumite locuri etc.

16. Berge (1946) citează experienţa lui Lewis şi Ostroff, unde ceea ce se regretă este spaţiul colectiv. Aceşti doi cercetători au mutat opt copii sănătoşi, cu vîrste între 3 şi 4 ani, dintr-un dormitor larg în camere mici, individuale. Aceste mutări au produs enurezie la toţi aceşti copii. Ea a încetat după întoarcerea în dormitorul comun.

CAPITOLUL 9

Psihopatologie existenţialistă

În Franţa, dar şi în ţările de limbă engleză există oarecare confuzie între gîndirea fenomenologică şi abordarea existenţialistă. Aceasta se explică (cel puţin în parte) prin traducerea termenului *Daseinsanalyse*, utilizat pentru a denumi metoda elaborată de Binswanger în cadrul curentului fenomenologic prin „analiză existenţială" sau *existential analysis*. Această traducere acoperă concepţii diferite asupra existenţei umane şi o serie de metode terapeutice care sînt, adesea, în opoziţie clară (Boss & Condreau, 1975)[1].

Profund influenţată de filosofia existenţialistă[2] de la care împrumută elemente importante ale cadrului teoretic şi o mare parte a vocabularului, psihopatologia existenţialistă este o abordare relativ puţin cunoscută, în ciuda importantelor sale implicaţii în înţelegerea existenţei persoanei ce prezintă tulburări psihice, precum şi a tulburărilor înseşi.

Lucrările apărute după al doilea război mondial indică un interes constant pentru acest tip de abordare. Să menţionăm, cu titlu de exemplu, volumul lui Allers (1961) privind existenţialismul şi psihiatria, sau articolul publicat de Benda (1966) în importanta revistă *American Journal of Psychiatry* sub titlul „Ce este psihiatria existenţială ? ". Să notăm, de asemenea, că începînd din 1961 apare în Statele Unite periodicul *Review of Existential Psychology & Psychiatry*[3].

Marea majoritate a contribuţiilor se referă la domeniul intervenţiei. Deja în 1949, Weigert publică lucrarea sa privind

relaţiile existenţialismului cu psihoterapia, iar în 1966 apare cartea lui Moustakas despre psihoterapia existenţialistă la copii. Majoritatea eforturilor de cercetare şi reflecţie au fost orientate tocmai în direcţia intervenţiei psihoterapeutice. Principalul reprezentant al acestei direcţii este Rollo May[4], psiholog şi psihanalist, care s-a aflat o lungă perioadă în fruntea curentului psihoterapiei existenţialiste americane. Lunga listă a lucrărilor publicate de Rollo May[5] dovedeşte amploarea operei sale şi explică de ce capitolul de faţă este bazat în cea mai mare parte pe contribuţiile acestui autor. Care sînt însă celelalte personalităţi care au participat la constituirea acestui nou cîmp? Într-un capitol consacrat emergenţei psihologiei existenţiale, termen pe care îl foloseşte pentru a desemna, fără a preciza, atît abordarea existenţialistă a psihologiei persoanei normale, cît şi aceea a psihopatologiei şi psihoterapiei, Rollo May (1969) citează în special[6] trei nume: Ephren Ramirez, Victor Frankl şi Ronald Laing.

Psihiatru prin formaţie, Ephren Ramirez a utilizat abordarea existenţialistă pentru a trata toxicomani în Porto Rico şi ulterior la New York, unde primarul Lindsay l-a numit coordonator al serviciului responsabil de toxicomanii. Pentru Ramirez, rolul terapeutului este acela de a furniza toxicomanului alternative pentru a face, în mod liber, o alegere. În sfera intervenţiei, Ramirez atribuie un loc important conceptului de responsabilitate, fundamental în abordarea existenţialistă şi definit drept capacitatea de a înfrunta realitatea şi de a răspunde la aceasta într-o manieră pozitivă. Să notăm, de asemenea, că Ramirez, la fel ca majoritatea psihoterapeuţilor existenţialişti, nu realizează nici diagnostice şi nici pronosticuri după începerea tratamentului, întrucît aceasta ar slăbi impactul experienţei terapeutice a confruntării.

O perioadă de şapte ani petrecuţi într-un lagăr de concentrare l-a condus pe Victor Frankl la existenţialism[7], şi de aici la crearea unei noi forme de psihoterapie existenţialistă denumită logoterapie, care urmăreşte să ajute oamenii să-şi identifice sensul vieţii. Frankl explică dezvoltarea metodei sale arătînd că un număr foarte mare de persoane vin la terapeut fără a prezenta

simptome, ci doar sentimente de plictiseală, pentru că „s-au săturat" şi pentru că viaţa lor nu mai are sens. Aşadar, nu trebuie să ne surprindă faptul că voinţa şi asumarea deciziei sînt ingrediente importante ale logoterapiei.

A treia personalitate citată de May este psihiatrul Ronald Laing, unul dintre principalii reprezentanţi, împreună cu Cooper şi Esterson, ai mişcării antipsihiatrice engleze. În lucrarea sa *Politica şi experienţa*, Laing (1967) consideră că ne găsim astăzi în mijlocul unei perioade de schimbare a orientării la fel de radicale ca şi cea de acum trei secole, cînd s-a trecut de la demonologie la o abordare clinică. Actualmente, aceasta din urmă ar ceda locul unei abordări în acelaşi timp existenţialiste şi sociale. În acest stadiu, schizofrenia (sau experienţele şi comportamentele care sînt etichetate drept schizofrenice) ar constitui de fapt ceea ce Laing denumeşte strategia specială inventată de o persoană pentru a trăi o situaţie imposibil de trăit. Una dintre contribuţiile majore ale lui Laing este aceea de a fi legat teoria interpersonală a lui Sullivan[8] de conceptele fundamentale ale abordării existenţialiste şi fenomenologice. Singurul mod care ne permite să înţelegem şi să ne ocupăm de fiinţele umane este, după Laing, acela de a clarifica natura fiinţei umane, adică ontologia ; orice teorie care nu se fundamentează pe natura fiinţei umane este o minciună şi o trădare a omului.

Contribuţiile lui May şi ale celorlalţi autori menţionaţi demonstrează mai ales existenţa unui interes pentru aplicarea anumitor principii existenţialiste în practica psihoterapeutică. Făcînd această constatare, mai putem oare vorbi despre o abordare existenţialistă a psihopatologiei ? Părerea noastră este că da ! Pentru a justifica această afirmaţie, vom aborda, în prima parte a acestui capitol, trei concepte fundamentale ale existenţialismului : voinţa, angoasa şi moartea. A doua parte a capitolului va fi consacrată pacientului ca fiinţă-în-lume. Această parte se va încheia printr-o prezentare a concluziilor noastre privind aportul existenţialismului în psihopatologie.

A. TREI CONCEPTE FUNDAMENTALE

1. Voinţa

Existenţialiştii şi-au orientat atenţia asupra voinţei şi deciziei umane. Ca mişcare, existenţialismul a constituit de altfel o reacţie la valul de conformism, de colectivism, la naşterea omului-robot, fenomene la care existenţialiştii opun credo-ul lor, conform căruia fiinţa umană poate, într-o manieră oarecare, să influenţeze relaţia sa cu destinul. Acest nucleu de putere de a lua o poziţie, o decizie (oricît de simplă ar fi ea) nu dispare niciodată. De aceea, existenţialiştii afirmă că existenţa omului constă, în ultimă instanţă, în libertatea sa. Pe această temă, May (1972b) îl citează pe Tillich, care a exprimat într-o manieră foarte percutantă această idee, scriind că „omul nu devine cu adevărat uman decît în momentul deciziei".

May (1972b) consideră că nucleul central al „nevrozei" omului modern este „distrugerea experienţei propriei persoane, ca fiinţă responsabilă, precum şi uzura voinţei şi deciziei sale". Mai grav, individul modern ar avea foarte des convingerea că şi în situaţia în care ar face cu adevărat apel la voinţa sa, eforturile lui nu ar schimba nimic.

Dezvoltarea mişcării existenţialiste s-a făcut în mare parte prin raportare la noţiunea de voinţă sfărîmată la omul modern, noţiune faţă de care existenţialiştii au luat poziţii vehemente. Ori aceasta este în contradicţie cu descoperirea freudiană că vaste domenii ale activităţii psihice umane sînt determinate nu de către voinţă, ci de pulsiuni inconştiente. Pe de altă parte, procesul însuşi al psihoterapiei tinde să invite pacientul la un abandon al poziţiei sale de agent al deciziei. May evită, totuşi, să nege ceea ce Freud descrie drept experienţă inconştientă şi subliniază că influenţe determinante „inconştiente" acţionează cu siguranţă[9]. Ceea ce el propune, este însă o redescoperire a voinţei şi deciziei.

Care ar fi procedeul pentru a atinge acest obiectiv? Nu este vorba în nici un caz de a-l „împinge" pe pacient să ia decizii.

May recomandă încercarea de a-l face pe pacient să conştientizeze propria sa putere de decizie, evitînd impulsionarea, subtilă şi prin inadvertenţe, într-o direcţie sau alta. Conştientizarea potenţială a persoanei privind faptul că acest vast, complex şi multiplu ansamblu de experienţe este experienţa **sa** introduce inevitabil elementul de decizie în fiecare moment.

Pentru a reconcilia voinţa cu importanţa acordată de Freud dorinţei, May sugerează utilizarea cuvîntului „decizie" pentru a desemna actul uman care reuneşte voinţa şi dorinţa[10]. La o anumită persoană, decizia ţine cont de experienţa anterioară, de toate dorinţele, dar transformă aceste dorinţe într-un mod de acţiune ales conştient. Voinţă, dorinţă şi decizie se întîlnesc într-un nod de relaţii de care individul depinde nu doar pentru propria sa reuşită în viaţă, ci pentru existenţa sa.

2. Angoasa

Angoasa existenţialistă[11] reprezintă nu atît teama de un pericol precis, cît sentimentul viu de a fi fost aruncat în lume fără să fi dorit, constrîns la opţiuni ale căror consecinţe nu pot fi percepute în întregime şi care sînt dificil de justificat (Foulquié, 1968). Sartre nu acordă anxietăţii[12] şi disperării locul pe care îl ocupă în viaţa şi opera lui Kierkegaard sau chiar a lui Gabriel Marcel. Pentru Sartre, angoasa rezultă din sentimentul necunoaşterii efectelor opţiunilor noastre. Individul îşi alege propriile norme fără să le fi putut evalua în prealabil. Este vorba deci, la Sartre, de o angoasă a alegerii.

May se preocupă şi el de anxietate. În teza sa de doctorat în psihologie, susţinută în 1949 la Universitatea Columbia şi publicată sub titlul *The Meaning of Anxiety* (*Sensul anxietăţii*, 1950), Rollo May studiază anxietatea fetelor necăsătorite însărcinate ce trăiau într-un cămin din New York. Dat fiind că erau însărcinate şi nemăritate, aceste fete se aflau într-o situaţie anxiogenă. May formulează ipoteza că predispoziţia spre anxietate este proporţională cu măsura în care ele au fost respinse de mama lor. Dacă pentru jumătate dintre subiecţi această ipoteză s-a confirmat,

pentru cealaltă jumătate nu. În cazurile acestea era vorba despre fete originare din Harlem şi din cartierele sărace din estul oraşului, care crescuseră în familii cu nivel socio-economic redus. Aceste fete, complet respinse de mamele lor, îi spuneau lui May : „Avem necazuri, dar nu ne supără prea tare". Rezultatele la Rorschach şi la alte teste pe care May le-a administrat arătau că, într-adevăr, anxietatea lor nu atingea un nivel neobişnuit. Aceste constatări l-au condus pe May să-şi interpreteze astfel datele : şocul ce se află la originea anxietăţii nu este respingerea de către mamă, ci mai curînd respingerea disimulată. Mamele de clasă mijlocie le minţeau pe fetele lor : deşi le respingeau, pretindeau că le iubesc. Din contra, mamele din mediile defavorizate şi-au respins copiii, dar nu s-au jenat să o facă. Ştiindu-se respinse, aceste fete ajungeau în stradă şi îşi găseau tovarăşi. Lumea lor era, după cum scrie May, „clară şi cunoscută", fără subterfugii privind situaţia proprie, ceea ce le permitea să se orienteze. Pentru May, anxietatea are, în consecinţă, o altă cauză decît simpla respingere : aceea de nu putea cunoaşte lumea în care te afli, de a nu te putea orienta în propria existenţă. Aceste concluzii sînt, în mod evident, unele dintre rezultatele importante ale abordării existenţialiste.

3. *Moartea*

Pornind de la faptul că civilizaţia occidentală modernă, în special în Statele Unite, a făcut din ocultarea morţii un fetiş şi că moartea (la fel ca şi percepţia extrasenzorială şi homosexualitatea) au fost subiecte tabu în psihologie, Rollo May (1972b) notează că problema morţii este singurul fapt absolut în viaţă şi că ea individualizează omul („nimeni nu poate muri pentru mine" ; „este singurul lucru care sînt obligat să-l fac pentru mine însumi"). Pentru May, negarea morţii înseamnă şi pierderea vieţii[13]. Aceasta ar însemna negarea realităţii existenţei umane, iar acest refuz este în mare măsură responsabil de apatia de care suferă atîtea persoane în lumea occidentală. Ce ar fi de făcut

atunci? Trebuie sau nu privită moartea în faţă? La această întrebare, May ne oferă mărturia propriei sale experienţe.

Spre circa 30 de ani, Rollo May se îmbolnăveşte de tuberculoză şi petrece doi ani la pat în sanatoriul de la Saranac. Întrucît acestea se petreceau anterior descoperirii tratamentului pentru tuberculoză, bolnavii nu ştiau dacă vor supravieţui şi se simţeau foarte aproape de moarte. În aceşti doi ani, May a citit principalele lucrări despre anxietate ce existau la momentul respectiv: *Problema angoasei* de Freud şi *Conceptul de teamă* a lui Kierkegaard. Citindu-l pe acesta din urmă, el are sentimentul că autorul vorbea exact despre ceea ce simţea în acel moment. Pentru Kierkegaard, anxietatea este lupta unei persoane vii contra nefiinţei. Teroarea, în experienţa anxietăţii, vine nu din ameninţarea morţii în sine, ci din conflictul ambivalent legat de ameninţare, adică de faptul că sîntem tentaţi să cedăm la ameninţare. Cum spune Kierkegaard, nu moartea în sine ne sperie, ci faptul că fiecare dintre noi poartă în sine tendinţe în ambele tabere. „Angoasa este o dorinţă de care ne temem", scrie el. Astfel, ca „o putere ciudată, ea înhaţă un individ, care nu se mai poate elibera".

Învăţînd să înfrunte direct problema morţii, May descoperă că a devenit capabil să depăşească două dintre falsele metode de a aborda moartea: atitudinea nonşalantă (negare completă a terorii morţii, exprimată prin faptul de a fi exagerat de vesel, nepăsător şi frivol) şi abandonul disperat întîlnit la indivizii deprimaţi, apatici, fără resurse. Atunci cînd a putut privi moartea în faţă, May a constatat o schimbare radicală în relaţia sa cu timpul. Timpul „stăpîn" sau „cămaşă de forţă" s-a transformat în timp „cadou". May a fost în poziţia de a înfrunta moartea în interiorul propriei conştiinţe şi, prin urmare, a putut face alegerea sa proprie pentru timpul care i-a mai rămas de trăit. Soluţia care se creionează aici este deci lupta, înfruntarea acestui adversar care cîştigă întotdeauna (moartea), acceptarea faptului de a fi muritor şi trăirea plenară a fiecărei zile, ore, a fiecărui minut din viaţă.

B. PACIENTUL CA FIINȚĂ-ÎN-LUME

Conceptul de pacient ca ființă-în-lume este fundamental pentru abordarea existențialistă. Aceasta implică faptul că pacientul însuși trebuie să descopere propria sa **ființă**, ajutat în acest demers de psiholog sau psihiatru. Această descoperire este esențială, căci ființa pacientului este cea care a căzut în ceea ce May numește „complicațiile și blocajele care conduc la simptome"[14].

Din perspectiva existențialistă, după cum o demonstrează și cazul prezentat mai jos, ființa umană este întotdeauna o ființă-în-lume. Pacienta poate să descopere propria sa ființă în raport cu terapeutul, în raport cu tragediile lumii în care trăiește. Existențialiștii disting de altfel trei lumi simultane în care fiecare dintre noi își descoperă propria sa ființă-în-lume: (a) mediul ambiant (*Umwelt*), lumea înconjurătoare, lumea biologică; (b) lumea aproapelui nostru (*Mitwelt*), lumea împreună, adică lumea interrelațiilor cu ființele umane; (c) lumea relației cu noi înșine (*Eigenwelt*), lumea proprie, lumea pentru sine.

Abordarea existențialistă necesită, fără îndoială, o bună înțelegere a filosofiei cu același nume. Acesta nu este un lucru ușor! O demonstrează un psiholog celebru, Maslow (1968), care își începe contribuția la volumul colectiv consacrat psihologiei existențialiste scriind că a găsit extrem de dificilă sau chiar imposibilă înțelegerea unei mari părți a scrierilor existențialiste... Din cauza acestor dificultăți (și poate pentru a le compensa) ni s-a părut important de subliniat, la sfîrșitul acestui capitol, principalele contribuții ale abordării existențialiste în psihopatologie.

Pentru a ilustra modul în care pacientul poate descoperi propria sa ființă, vom relua un caz prezentat de May (1972b) în *Le désir d'être. Psychothérapie existentielle.* Este vorba despre o femeie de 28 de ani, imigrantă de origine europeană, venită pentru un tratament psihoterapeutic, din cauza unor grave crize de anxietate și îndoială, precum și a unor accese de furie, uneori necontrolabile. Era un copil nelegitim. Atunci cînd se înfuria, mama ei

îi amintea adesea originea şi faptul că încercase să întrerupă sarcina înaintea naşterii. Atunci cînd traversa perioade dificile, mama ei îi spunea : „Dacă nu te-ai fi născut, nu ar fi trebuit să trecem prin toate astea ! ".
În cursul celei de-a patra luni de psihoterapie, pacienta a avut un vis care ilustra încrederea pe care o avea în relaţia cu terapeutul, într-o lume anonimă, în care simţea că nu putea găsi nici un alt individ care să o trateze ca pe o **persoană**.
„Eram în mijlocul unei mulţimi. Oamenii nu aveau feţe ; erau ca nişte umbre. Apoi am văzut pe cineva în mulţime căruia îi era milă de mine."
În şedinţa următoare, pacienta a povestit faptul că a avut o experienţă extrem de importantă. Iată povestea ei, în reproducere integrală : „Îmi amintesc cum în ziua aceea... (ziua ce a urmat visului) mergeam pe sub metroul aerian, prin cartierele sărace ale oraşului, pătrunsă de această idee : **sînt un copil nelegitim**. Îmi amintesc cum transpiram intens din cauza angoasei de a încerca să accept acest fapt. Am înţeles apoi că aceasta însemna să accept că **sînt un Negru printre Albii privilegiaţi, că sînt un orb printre văzători**. Tîrziu în noapte m-am trezit ; am luat lucrurile astfel : **accept faptul că sînt un copil nelegitim. Aceasta nu poate să însemne : m-am născut nelegitim ; ce rămîne atunci ? Rămîne pur şi simplu : sînt**. Această senzaţie, acest act de contact şi de acceptare a lui **sînt** o dată admis, mi-a fost dată pentru prima oară în viaţă de această experienţă : **Dat fiind că sînt, am dreptul să fiu"**.

În cadrul acestei orientări, trebuie încercată, înainte de toate, o percepere a pacientului aşa cum este el în realitate, o descoperire a sa ca fiinţă umană, ca fiinţă-în-lume, şi nu drept o simplă proiecţie a teoriilor noastre despre el. Răspunsurile pacientului la întrebări cum ar fi cele pe care Anne Ancelin-Schützenberger (1972) le menţionează în Prefaţa la volumul *Le désir d'être* al lui Rollo May (cine sînt eu ca fiinţă pe lumea aceasta ? care este identitatea mea ? de unde provin ? cum pot să mă regăsesc sau să mă accept ?) ne ajută fără îndoială să descoperim mai bine pacientul.

Întrucît viaţa este o trecere dinamică între ceea ce a fost şi ceea ce este în curs de a deveni, omul trebuie considerat drept un

proces şi nu un produs. Existenţialiştii nu neglijează trecutul, dar consideră că evenimentele determinante ale trecutului îşi dobîndesc semnificaţia în măsura în care le folosim în prezent şi în viitor. Nu putem înţelege o persoană decît dacă o vedem în mersul ei către viitor.

Abordarea existenţialistă are un mod propriu de a concepe mecanismele subiacente tulburărilor psihopatologice. Pentru a ilustra această afirmaţie, să luăm un alt exemplu oferit de May însuşi. El se referă la refulare, legată în mod tradiţional de respectarea codurilor moralei burgheze şi în special pe cele ale familiei, pentru a păstra o imagine de sine acceptabilă. Pentru May şi ceilalţi existenţialişti, aceasta ar reprezenta mai curînd un simptom decît o cauză, afirmaţie care ne obligă să căutăm ceva mai profund, adică răspunsul la întrebarea : de ce pacientul acceptă sau refuză propria sa libertate, în alegerea propriilor sale coduri ? După May, întrebările critice ar fi : de ce unele persoane se conformează moralei burgheze, iar altele nu o fac ?

În contextul repunerii în discuţie a instituţiilor psihiatrice şi mişcării de dezinstituţionalizare şi integrare socială a pacienţilor, abordarea existenţialistă ne atrage atenţia asupra necesităţii ca pacientul să poată conştientiza propria sa putere de decizie şi să o poată exercita liber.

În epoca noastră, întrucît pacienţii şi-au pierdut în general lumea proprie, este deosebit de important ca ei să se regăsească împreună, în aceeaşi lume cu ceilalţi. Conform abordării existenţialiste, acest lucru este valabil pentru noi toţi, după cum se spune în *La foule solitaire* (Riesman, 1966), căci am pierdut lumea în care ne simţeam acasă. Lucrările unor psihiatri americani cum ar fi Frieda Fromm-Reichmann şi Harry Stack Sullivan descriu situaţia bolnavului care şi-a pierdut lumea şi atrag atenţia că problemele de singurătate, de izolare şi alienare nu sînt numai caracteristici ale bolnavilor aflaţi în psihoterapie, ci reflectă problemele întregii noastre societăţi, societate în care oamenii trăiesc angoasa izolării şi alienării.

Abordarea existenţialistă pune foarte clar în evidenţă o realitate pe care numeroşi specialişti din psihopatologie o neglijează.

Într-un text privind aportul existențialismului în psihologie, Maslow (1969) scria că ceea ce noi numim „normal" în psihologie este de fapt o psihopatologie a majorității, caracterul ei mai puțin dramatic și larga răspîndire făcînd-o să treacă neobservată. Abordarea existențialistă ne-ar ajuta, după Maslow, să punem în evidență, în existența umană bazată pe iluzii și frică, o maladie împărtășită de ceilalți membri ai societății noastre.

REZUMAT

Profund influențată de filosofia existențialistă de la care împrumută elemente esențiale ale cadrului teoretic și o mare parte din vocabular, psihopatologia existențialistă, abordare relativ puțin cunoscută, are implicații importante pentru înțelegerea existenței persoanei care prezintă tulburări psihologice, precum și a tulburărilor în cauză. Studiul contribuțiilor în domeniul abordării existențialiste arată că un mare efort de reflecție și cercetare a fost făcut în domeniul intervenției. Principalul reprezentant al acestei orientări este Rollo May, care s-a aflat multă vreme în fruntea psihoterapiei existențialiste americane.

În cadrul acestei orientări, trebuie încercată, înainte de toate, o percepere a pacientului așa cum este el în realitate, o descoperire a sa ca ființă umană, ca ființă-în-lume, și nu drept o simplă proiecție a teoriilor noastre despre el. Această abordare ne arată că persoana umană trebuie considerată drept un proces și nu un produs. Preocupați de problemele voinței și deciziei umane, existențialiștii insistă asupra faptului că ființa umană își poate influența relația cu destinul. Abordarea existențialistă repune în discuție frontiera dintre „normalitate" și „patologie", făcîndu-ne să descoperim o psihopatologie a majorității, larg răspîndită printre membrii societății noastre, care trăiesc angoasa izolării și alienării.

NOTE

1. Pentru a le putea diferenția, numeroși autori obișnuiesc să păstreze termenul german de *Daseinanalyse* (Boss & Condreau, 1975). După cum vom arăta în capitolul consacrat psihopatologiei fenomenologice, Binswanger propunea traducerea *Daseinanalyse* prin „analiza prezenței umane".

2. Existențialismul este o teorie care afirmă primatul sau prioritatea existenței în raport cu esența. Prin esență se înțelege ce este o persoană. Existența este

cea care actualizează esenţa. Atunci cînd spunem: „Sînt un om", „Sînt" afirmă existenţa, iar „om" desemnează esenţa. Pînă prin secolul al XIX-lea, filosofia clasică nu punea la îndoială primatul esenţei. Era vorba deci de o filosofie **esenţialistă**.
Precursorul existenţialismului contemporan a fost danezul Sören Kierkegaard (1813-1855). În Germania, contribuţiile cel mai importante sînt aduse de Martin Heidegger (1889-1976). În opoziţie cu profesorul său Edmond Husserl, care a pus „între paranteze" întrebările legate de fiinţa lucrurilor pentru a căuta esenţele lor fenomenologice, Heidegger se întreabă ce înseamnă a fi sau a exista? Fiinţa la care se referă este cea a fenomenului şi nu a lucrului în sine kantian. Ontologia lui Heidegger este o ontologie fenomenologică, la fel ca şi cea a lui Jean-Paul Sartre, gînditorul cel mai reprezentativ al existenţialismului ateu (Foulquié, 1968).

3. Editată de K. Hoeller, această revistă apare la Seattle.

4. Elev al lui Paul Tillich şi Gabriel Marcel, Rollo May a fost directorul Institutului de Psihiatrie, Psihologie şi Psihanaliză „William Alanson White" din New York şi a predat în acest oraş la New School for Social Research. De asemenea, a ţinut cursuri la Harvard, Yale şi Princeton.

5. May este autorul a numeroase lucrări: *Sensul anxietăţii* (1950), *Omul în căutarea fiinţei sale* (1953), *Arta consilierii* (1967a), *Psihologia şi dilema umană* (1967b), *Psihoterapie existenţială* (1967c), *Dragoste şi adevăr* (1969), *Putere şi candoare: căutarea originilor violenţei* (1972a). Alte lucrări au fost publicate sub conducerea sa: *Existenţa: o nouă dimensiune a psihiatriei şi psihologiei* (1958), *Psihologie existenţială* (1960) şi *Simbolism şi religie în literatură* (1960).

6. Citindu-i pe aceşti trei autori, May (1969) notează că a omis terapeuţi situaţi într-o clară tradiţie existenţialistă, cum ar fi Leslie Farber şi Helmut Kaiser, sau alţii cum ar fi Thomas Szasz şi Bruno Bettelheim, a căror operă a suferit impactul psihologiei existenţialiste.

7. Această perioadă este prezentată în volumul *Din lagărul morţii la existenţialism* (Frankl, 1959).

8. Pentru Harry Stack Sullivan, psihanaliza devine un studiu al relaţiilor interpersonale. La fel, psihopatologia (inseparabilă de psihologia socială) vizează înţelegerea relaţiilor interumane. Sullivan insistă, de asemenea, asupra importanţei relaţiilor interpersonale stabilite cu pacienţii.

9. May (1972b) consideră că, în calitate de terapeuţi care tratează oameni în situaţii de conflict, analiştii nu neagă faptul că posibilitatea bolnavului de a face alegeri are o importanţă capitală. Pentru a-şi susţine această afirmaţie, el îl citează pe Freud, care scria în *Eul şi Sinele*: „... analiza nu are drept scop abolirea posibilităţii reacţiilor morbide, ci a da Eului bolnavului libertatea de a alege o cale sau alta".

10. Pentru May (1972b), dorinţa şi voinţa pot fi considerate drept „bi-poli avînd acţiune contrară". Voinţa necesită conştiinţa de sine, dorinţa nu; voinţa

implică posibilitatea unei libertăţi a alegerii, dorinţa nu. Dorinţa oferă voinţei căldură, conţinut, jocul copilăriei, satisfacţie, prospeţime, culoare şi bogăţie. Voinţa oferă dorinţei orientarea, libertatea şi maturitatea.

11. „Angoasa existenţială presupune că se admit şi se trăiesc tezele fundamentale ale existenţialismului. Există însă o angoasă independentă de orice gîndire filosofică şi legată de simplul fapt de a exista: aceasta este angoasa existenţială" (Foulquié, 1968).

12. Anxietatea poate fi definită (American Psychiatric Association, 1985) drept o aprehensiune, teamă sau nelinişte apărută din cauza unui pericol a cărui cauză este în cea mai mare parte necunoscută. Se poate face distincţie între anxietate, manifestare mai puţin intensă şi mai curînd psihică (reprezentare mintală) şi angoasă, care corespunde unei manifestări mai intense, mai curînd somatică (cu o implicare mintală mai redusă).

13. Paul Tillich (care a fost profesorul lui Rollo May) scria că renunţăm să fim de teamă să nu mai fim. Se renunţă la sensul vieţii de frica morţii (May, 1972b).

14. După Rollo May, este mai uşor să faci decît să exişti, să gîndeşti şi să raţionalizezi decît să simţi, să cedezi apatiei decît să faci faţă şi să asumi. În aceste condiţii, nu este surprinzătoare – pentru acest autor – legătura dintre conflictul intern şi refuzul de a face faţă propriei realităţi profunde.

CAPITOLUL 10

Psihopatologie experimentală

Dacă folosim drept criteriu gradul de control exercitat asupra situaţiei cercetate şi a fenomenelor observate, metodele ştiinţifice de dobîndire a cunoştinţelor se plasează pe un continuum definit la un capăt de metodele istorice, iar la celălalt, de metoda experimentală. Între aceste două grupe se află metodele descriptive[1] (Sabourin, 1988).

Aşa cum a fost utilizată de Claude Bernard, metoda experimentală clasică implică menţinerea constantă a tuturor condiţiilor cu excepţia uneia singură, al cărei efect asupra fenomenului studiat poate, în acest context, să fie pus în evidenţă fără ambiguitate. Utilizarea metodei experimentale face posibilă stabilirea unor relaţii de cauzalitate între evenimente, permite explicarea fenomenelor studiate. Pe baza relaţiilor de cauzalitate stabilite, ea permite, de asemenea, predicţia apariţiei evenimentelor.

Folosind această metodă, cercetătorul are drept sarcină să emită o ipoteză, să manipuleze variabilele independente[2], să controleze variabilele parazite, astfel încît variaţiile variabilei dependente să poată fi interpretate fără eroare, cît se poate de precis (Reuchlin, 1973). Cercetătorul trebuie, de asemenea, să procedeze la o organizare, la o planificare a experienţei, adică la elaborarea unui plan care va regla realizarea efectivă a cercetării[3].

Introducerea experimentării în cîmpul psihologic a permis crearea şi dezvoltarea unei noi psihologii, diferite de psihologia filosofică şi denumită psihologie experimentală (Reuchlin, 1972).

Autonomia acesteia a fost stabilită definitiv de Wundt, care a înfiinţat în 1879, la Leipzig, primul laborator de psihologie experimentală. În Franţa, progrese importante sînt legate de numele lui Binet, autorul volumelor *Introduction à la psychologie expérimentale* (1894) şi *L'étude expérimentale de l'intelligence* (1903), de Beaunis, care îşi părăseşte în 1889 catedra de la Facultatea de Medicină de la Nancy pentru a dirija Laboratorul de psihologie experimentală de la Sorbona, sau de Piéron, care, după ce şi-a desfăşurat activitatea la École Pratique des Hautes Études şi la Sorbona, ocupă, începînd cu 1923, catedra de fiziologie a senzaţiilor la Collège de France (Reuchlin, 1972).

Existenţa unei abordări experimentale a psihopatologiei este menţionată la începutul secolului XX. În aprilie 1903, în raportul său la Congresul Internaţional de la Madrid, Pavlov utilizează termenul de psihopatologie experimentală şi subliniază importanţa experimentării pe animale pentru înţelegerea patologiei (Baruk, 1964). Şcoala lui Pavlov va începe şi va dezvolta, de altfel, una dintre direcţiile importante de cercetare, studiul nevrozelor experimentale.

O a doua direcţie de cercetare a fost iniţiată de Baruk şi Jong care, în anii 1928-1930, încep să studieze realizarea experimentală, la animal, a catatoniei, una dintre tulburările tipice ale schizofreniei. Importanţa acestor cercetări a contribuit la recunoaşterea şi instituţionalizarea domeniului psihopatologiei experimentale. Creat în 1934, datorită sprijinului fundaţiei Rockefeller, laboratorul lui Baruk a fost numit de Fessard drept „Laborator de psihopatologie experimentală" în momentul includerii sale în École Pratique des Hautes Études.

Psihopatologia experimentală nu se limitează, aşa cum ar putea lăsa să se creadă studiile asupra nevrozelor experimentale şi catatoniei, la cercetări pe animale. Spre mijlocul secolului al XIX-lea, Moreau de Tours, elev al lui Esquirol, a studiat, experimentînd pe sine însuşi, efectele haşişului şi ale altor droguri. În lucrarea sa *Du hachisch et de l'aliénation mentale. Études psychologiques*, el descrie în mod remarcabil modificările psihice pe care le-a resimţit. După Baruk (1964), ar fi vorba despre

adevăratul precursor al psihofarmacologiei şi de aceea numele Moreau de Tours a fost dat Societăţii de psihofarmacologie biochimică, fondat la Paris în 1958.

După circa un secol de istorie, ne putem întreba care este definiţia care s-ar potrivi cel mai bine domeniului psihopatologiei experimentale. Într-una dintre cele mai interesante lucrări consacrate acestei orientări, la care au colaborat nu doar eminenţi cercetători ai aşa-numitei prime generaţii post-pavloviene, cum ar fi Masserman şi Gantt, ci şi etologi de renume, cum ar fi Harry şi Margaret Harlow, editorul volumului, Kimmel (1971), scrie că psihopatologia experimentală ar putea însemna fie „studiul experimental al comportamentului patologic" (adică studiul, prin metoda experimentală, a comportamentului patologic), fie „studiul comportamentului patologic experimental" (adică studiul comportamentului patologic produs în mod experimental). Punctul de vedere al lui Kimmel pare să reflecte în mod adecvat realitatea contemporană a abordării experimentale a psihopatologiei.

Pentru a prezenta domeniul psihopatologiei experimentale, ni se pare indispensabil să abordăm în detaliu cele două teme de cercetare care au contribuit în mod semnificativ la constituirea sa (nevrozele experimentale şi catatonia experimentală), cărora le vor fi consacrate primele două părţi ale acestui capitol. O a treia parte se va ocupa de dezvoltările actuale ale psihopatologiei experimentale şi, în special, de studiul vitezei de tratare a informaţiei la pacienţii diagnosticaţi cu schizofrenie.

A. NEVROZE EXPERIMENTALE

Studiul nevrozelor experimentale începe o dată cu cercetările a două colaboratoare ale lui Pavlov, Erofeeva şi Shenger-Krestovnikova şi a dus, începînd cu 1912, la numeroase publicaţii (Ivanov-Smolenski, 1955; Cain, 1959; Giurgea, 1986). Erofeeva[4] creează la un cîine un reflex alimentar condiţionat, folosind drept stimul o excitare electrică a pielii care de obicei

produce un reflex de apărare. Schimbînd în decursul experienţei poziţia electrozilor pe piele, comportamentul animalului se modifică brusc şi se instalează o excitaţie motrică extrem de violentă şi de lungă durată. Faptul a fost notat fără a se trage vreo concluzie. În alte experimente, creşterea progresivă a intensităţii stimulării electrice (deci a durerii) conducea la refuzul hranei. Cîinele devenea nervos ; agitat, întreaga activitate nervoasă superioară era perturbată, rămînînd astfel zile şi săptămîni întregi, chiar şi în absenţa şocurilor dureroase. La vremea aceea, conceptul de nevroză experimentală nu era încă luat în calcul, iar Pavlov a considerat că Erofeeva comitea erori în desfăşurarea experienţelor sale.

Experienţa fundamentală este relatată într-un articol din 1921, în care Shenger-Krestovnikova abordează problema diferenţierii excitaţiilor vizuale şi a limitelor capacităţii de diferenţiere a analizatorului vizual al cîinelui. Această colaboratoare a lui Pavlov provocase, la cîini, numeroase diferenţieri succesive, din ce în ce mai fine, între un cerc şi o elipsă. În cursul unor prezentări succesive, forma elipselor se apropia din ce în ce mai mult de a cercului, ceea ce solicita o distincţie din ce în ce mai fină între stimulul întărit prin hrană (cercul) şi stimulul ce nu era întărit (elipsa). Atunci cînd raportul axelor elipsei a fost de 9 : 8 (ceea ce făcea elipsa foarte asemănătoare cu un cerc), nu mai putea fi realizată diferenţierea. În plus, toate diferenţierile realizate anterior, chiar şi cele mai grosiere, au fost pierdute. Comportamentul animalului s-a modificat spectaculos : urla, gemea, refuza hrana, prezenta o excitare motorie generală foarte pronunţată şi prelungită, cu tendinţe distructive (animalul smulgea echipamentul de cercetare plasat în jurul său, rodea tuburile de cauciuc etc.).

Fundamentală în domeniul nevrozelor experimentale, cercetarea lui Shenger-Krestovnikova inaugurează o serie importantă de studii care au permis culegerea de date privind simptomatologia şi dinamica nevrozelor experimentale, precum şi descrierea modalităţilor nevrogene.

Simptomatologia nevrozelor experimentale. Giurgea (1986) inventariază diferitele semne generale întîlnite la animalul în situaţie de nevroză experimentală :

- pierderea apetitului, refuzul hranei;
- tulburări comportamentale cum ar fi gemete, agitaţie, dificultate în a sta pe loc;
- tulburări ale vigilenţei, adică agitaţie sau somnolenţă cu alternarea frecventă a acestor episoade;
- diminuarea sau pierderea reflexelor condiţionate pozitive;
- activităţi de tip „exploziv" cu epuizare rapidă în cursul experienţei;
- stări fazice: (a) faza de egalizare (la începutul tulburărilor nevrotice animalul răspunde într-o manieră similară la stimulul puternic şi la cel slab); (b) faza paradoxală (răspunsurile la stimulii slabi sînt puternice şi invers, răspunsurile la stimulii puternici sînt slabe); (c) faza ultraparadoxală (animalul dă un răspuns condiţionat pozitiv la stimulii negativi şi nu răspunde deloc la stimulii pozitivi).

La aceste semne, Giurgea (1986) adaugă semnele medicale generale care dovedesc repercusiunile pe care le au nevrozele experimentale la nivelul organelor interne şi semnele specifice neurologice sau neuropsihiatrice. Dacă, la început, autorii ruşi au descris doar două entităţi (sindromul de inhibiţie şi sindromul de excitaţie), ulterior ei relatează manifestări mai diferenţiate, cum ar fi stările mixte sau stările fazice[5].

Dinamica nevrozelor experimentale. Pe lîngă o dinamică temporală care se manifestă în special prin existenţa unei faze de incubaţie nevrotică, trebuie notată şi componenta spaţială a acestei dinamici. Într-adevăr, în unele cazuri, tulburările nevrotice se manifestă numai în condiţiile în care au fost produse. În schimb, dacă nevroza continuă sau se agravează, animalul rămîne bolnav, chiar şi în cuşcă.

Modalităţile nevrogene. Experienţa lui Shenger-Krestovnikova utilizează unul dintre cele trei tipuri de procedee nevrogene pe care experimentele ulterioare le-au ilustrat (Giurgea, 1986). Aceste modalităţi sînt:

- supraîncărcarea excitaţiei prin utilizarea unor stimuli prea puternici sau de o complexitate prea mare;

- supraîncărcarea inhibiţiei, solicitînd discriminări prea fine sau prelungind durata unui stimul condiţionat inhibitor ;
- supraîncărcarea mobilităţii, care se poate produce experimental în mai multe moduri : (a) dacă nu se asigură, în cazul unei discriminări, un interval optim între un stimul pozitiv şi unul negativ ; (b) dacă i se provoacă subiectului un conflict între două motivaţii, una pozitivă şi alta negativă ; (c) dacă se modifică stereotipul dinamic, adică ordinea de prezentare a stimulilor, la un animal obişnuit cu un stereotip de stimuli condiţionaţi pozitivi şi/sau negativi.

În cele trei cazuri de supraîncărcare descrise (excitaţie, inhibiţie şi mobilitate), slăbirea sau diminuarea tonusului central facilitează apariţia nevrozei. Această slăbire poate fi corelată cu vîrsta, cu oboseala extremă (în special prin privarea de somn), cu perturbările hormonale, cu stările infecţioase etc.

Studiile privind nevrozele experimentale au arătat că animalele supuse unor proceduri nevrogene nu devin toate nevrotice, iar cele care devin, nu prezintă toate aceleaşi simptome. Susceptibilitatea organismului la modalităţile nevrogene variază în funcţie de tipul de sistem nervos central[6].

Dezvoltări ulterioare. Din laboratoarele ruseşti, unde a apărut şi s-a dezvoltat foarte rapid cercetarea asupra nevrozelor experimentale, ideile lui Pavlov s-au răspîndit apoi în Statele Unite. Cercetătorii americani au cunoscut cercetările asupra nevrozelor experimentale începînd din 1923, datorită contactelor directe cu membrii echipei lui Pavlov (Cain, 1959). În primăvara lui 1923, de exemplu, Anrep conduce o serie de conferinţe la Colegiul american al medicilor şi chirurgilor, contribuind la crearea laboratorului de reflexe condiţionate al lui Liddell în Ithaca. În vara lui 1924, Koupalov, asistent al lui Pavlov, vizitează laboratorul lui Liddell şi recunoaşte semnele nevrozei experimentale la oaie, animal folosit de Liddell în cercetările sale.

O dată introdusă, cercetarea asupra nevrozelor experimentale urmează, în Statele Unite, trei direcţii (Cain, 1959). În timp ce prima, slab reprezentată, rămîne relativ fidelă gîndirii pavloviene,

a doua se inspiră din teoriile behavioriste. A treia orientare apare cîţiva ani mai tîrziu şi se defineşte prin aportul psihiatriei, mai precis al datelor psihanalitice, printr-un interes pentru cunoaşterea rolului motivaţiilor şi a pulsiunilor în derularea comportamentelor. Ultimele două orientări sînt reprezentate de cercetători reputaţi : Liddell şi Gantt, pentru al doilea curent şi Masserman, pentru orientarea rezultată din aportul datelor psihanalitice.

Dacă cercetările grupate sub eticheta de „nevroze experimentale" au permis acumularea unei cantităţi apreciabile de date interesante asupra genezei disfuncţiilor comportamentale şi au subliniat importanţa studiului empiric al acestor tulburări, raporturile dintre nevrozele experimentale şi adevăratele nevroze umane pun numeroase probleme.

Analogia denumirii nu traduce neapărat o similitudine a faptelor, cu atît mai mult cu cît, după cum aminteşte Cosnier (1966), termenul de nevroză experimentală a fost ales de Pavlov, care era fiziolog şi nu psihopatolog. De altfel, ni se pare important de subliniat faptul că însuşi Pavlov era conştient că o analogie între nevrozele experimentale şi cele umane era imposibil de stabilit[7].

Criticile formulate la adresa nevrozelor experimentale atrag atenţia îndeosebi asupra caracterului artificial al condiţiilor de experimentare (care nu au nimic în comun cu cele normale) şi, după cum scrie Maier[8], asupra faptului că, pe de o parte, simptomele nu erau suficient de profunde pentru a fi convingătoare, iar pe de altă parte, nevroza la animale este imposibilă întrucît acestor subiecte inferioare le lipseşte imaginaţia, nu pot prezenta conflicte sexuale şi nici modificări permanente ale personalităţii.

Deşi criticile sînt adesea justificate şi trebuie luate în considerare atunci cînd se face un bilanţ al cercetărilor privind nevrozele experimentale, în alte cazuri ele au un caracter anecdotic. Masserman (1946) povesteşte într-un articol consacrat cercetărilor sale asupra nevrozelor experimentale la pisici, că în cursul unor discuţii ce au urmat prezentării lor unui grup de psihiatri şi psihanalişti, i s-a cerut să explice cum putea justifica folosirea cuvîntului „nevroză" pentru a descrie comportamentul aberant prezentat de subiecţii experimentelor sale, ţinînd cont de faptul

că nevroza este „întotdeauna" rezultatul unui conflict oedipian nerezolvat și că nici unul dintre pisoii studiați nu-și cunoscuse tatăl ! ...

B. CATATONIA EXPERIMENTALĂ

Proprietățile bulbocapninei[9] au început să fie studiate cu mult înainte ca această substanță să fie utilizată pentru realizarea experimentală a catatoniei (Baruk, 1964). Într-adevăr, fiziologia bulbocapninei este studiată de Mode în 1892 și, doisprezece ani mai tîrziu, de Peters. Acesta din urmă semnalează un fel de narcoză și o imobilizare caracteristică, în special la pisică. În 1921, de Jong reia studiul efectelor bulbocapninei la pisică și se întreabă, la fel cum făcuse și Peters, dacă bulbocapnina nu determină catalepsia. Pornind de la faptul că la pisica studiată nu exista o menținere absolută a atitudinilor și că se mențineau curenți de acțiune musculară, de Jong concluzionează că nu este vorba despre o catalepsie reală.

Cercetările asupra catatoniei experimentale au fost reluate o dată cu întîlnirea dintre de Jong și Baruk la Societatea de Neurologie din Paris. Cercetările s-au realizat la Paris, în laboratorul profesorului Claude, unde Baruk este șef de clinică, apoi la Amsterdam, în clinica profesorului Brouwer, unde lucrează de Jong și la Institutul creierului condus de profesorul Kappers. O primă comunicare privind catatonia experimentală a fost făcută în iunie 1928 la Societatea de Neurologie din Paris, iar o monografie este publicată în 1930.

Colaborarea dintre Baruk și de Jong infirmă în primul rînd argumentele care l-au condus inițial pe de Jong să abandoneze ideea catalepsiei bulbocapnine (Baruk, 1964). În clinica umană, conservarea atitudinilor nu este absolută : de exemplu, membrele ridicate în aer, coboară lent. Pe de altă parte, rezultatele cercetărilor conduse la Viena de către Frohlich și Mayer, care negau existența unor curenți de acțiune în mușchii persoanei în stare de catalepsie se datorau unor erori tehnice. În plus, Baruk și

Thévenard, precum şi alţi cercetători după aceea, au arătat că există curenţi de acţiune în muşchii catatonicilor. Toate aceste precizări au făcut comparabile modificările observate în clinica umană şi cele provocate de bulbocapnină la animale.

În acelaşi timp, colaborarea lui Baruk şi de Jong a permis stabilirea faptului că la animal, ca şi la om, iniţiativa motorie spontană este abolită[10], în timp ce automatismele, mai ales cele de echilibrare, se manifestau normal. Asemănările între omul catatonic şi animal vizează şi tulburările neurovegetative : salivaţie, tulburări ale ritmului respirator, alterări electrocardiografice.

Pe baza rezultatelor obţinute de Baruk şi de Jong, a fost posibilă formularea celor patru legi ale catatoniei experimentale (Baruk, 1964) :

- legea seriei filogenetice : catatonia experimentală nu este posibilă la animalele fără neo-cortex.
- legea stadiilor : efectul bulbocapninei este foarte diferit, în funcţie de dozele administrate. În general, dozele mici produc somnul, dozele medii – catalepsia, iar dozele mari – epilepsie sau chiar rigiditatea decerebrată. Dozele intermediare, între cele medii şi cele puternice, pot produce hiperkinezii variate.
- legea difuziunii acţiunii substanţelor toxice psihotrope : intensitatea catatoniei experimentale este proporţională cu difuziunea impregnării toxice cerebrale. Catatonia este impresionantă în cazul unei impregnări difuze a întregului creier, apreciabilă atunci cînd întregul cortex este impregnat, şi absentă atunci cînd impregnarea toxică este localizată la un singur lob.
- legea corelaţiilor vasculo-psihice : bulbocapnina determină, simultan cu apariţia catatoniei, perturbări importante ale întregului sistem circulator (la nivelul inimii, al circulaţiei cerebrale, al vaselor periferice etc.). Există o corelaţie între diminuarea irigării cerebrale şi catatonia experimentală prin bulbocapnină, corelare regăsită şi în clinica umană.

Rezultatele lui Baruk şi de Jong au fost verificate în diferite ţări din Europa şi America. Unii cercetători s-au centrat pe detaliile semiologice, alţii au verificat constanţa rezultatelor obţinute pe alte specii de animale. Bibliografia privind aceste cercetări este trecută în revistă în două lucrări importante ale lui Baruk (1938; 1959).

În acelaşi timp, Baruk şi colaboratorii săi au condus şi alte cercetări privind substanţele catatonigene, în scopul precizării etiologiei toxice a schizofreniei (Baruk, 1964). Printre acestea trebuie citate cele din 1932 (la care au fost asociaţi Bidermann, Albane şi Bertrand) privind catatonia experimentală prin meningo-encefalită alergică tuberculoasă la animale.

Un an mai tîrziu, Baruk realizează în laboratorul său de la Maison nationale din Charenton o catatonie experimentală prin toxina neurotropă a colibacilului intestinal. În 1934, Baruk şi Camus descoperă o altă substanţă catatonigenă pe care o denumesc catatonină biliară. Această substanţă a fost descoperită în bila de tubaj duodenal a unor pacienţi (unii schizofreni, unii bolnavi icterici sau cu reumatism cronic) şi produce catatonia experimentală, în special la porumbel.

Cercetările au arătat nu doar că se pot produce în laborator perturbări psihomotorii de tip catatonic, ci şi că diverse substanţe pot avea un efect catatonigen. Impactul acestor cercetări în plan terapeutic nu a fost semnificativ, iar scăderea importantă a prevalenţei tipului catatonic de schizofrenie (actualmente rară în Europa şi în America de Nord) nu este rezultatul direct al cercetărilor lui Baruk, de Jong şi ale colaboratorilor lor. Meritul lor este însă acela de a fi contribuit la dezvoltarea psihopatologiei experimentale şi de a fi atras atenţia asupra importanţei studiului biochimic al psihozelor.

C. EXEMPLU DE STUDIU EXPERIMENTAL AL TULBURĂRILOR PSIHOPATOLOGICE PREZENTATE DE PACIENŢI

Prezentarea studiilor consacrate nevrozelor şi catatoniei ilustrează modul în care cercetătorii au încercat, pe animale, să **producă**, în mod experimental, fenomenele psihopatologice umane. Acest obiectiv poate fi atins şi prin alte mijloace (Huber, 1987), cum ar fi inducerea la om a unor stări de conştienţă alterate[11] sau experienţele analoge pe oameni[12]. Psihopatologia experimentală, aşa cum am definit-o în acord cu Kimmel (1971), implică însă şi studiul experimental al fenomenelor psihopatologice prezente la bolnavi[13]. Obiectivul acestor cercetări este de a cunoaşte mai bine tulburările psihopatologice, de a le pune în evidenţă caracteristicile. Pentru aceasta, cercetătorul manipulează variabilele corespunzătoare dimensiunilor considerate drept caracteristice pentru tulburarea psihopatologică studiată şi compară rezultatele obţinute la un grup clinic cu cele ale unui grup de subiecţi normali şi/sau cu alte grupe diagnostice.

Tema aleasă în acest capitol pentru a prezenta studiul experimental al tulburărilor psihopatologice existente în cazul pacienţilor psihiatrici este studiul vitezei de tratare a informaţiilor la persoanele diagnosticate cu schizofrenie. Pentru a controla în mod precis durata impulsurile informaţionale dirijate spre sistemul nervos central, cercetătorii utilizează un procedeu care permite să ştim cît timp rămîne disponibil un stimul informaţional pentru a fi tratat. Acest procedeu, denumit mascare vizuală, implică prezentarea, în succesiune temporală foarte apropiată, a unui stimul informaţional (**ţinta**) şi a unui stimul non-informaţional (**masca**), ce limitează durata ţintei.

În domeniul schizofreniei, procedeul mascării vizuale a fost utilizat pentru prima dată de Saccuzzo *et al.* (1974) într-o cercetare în care au comparat viteza de tratare a informaţiei vizuale la pacienţi cu diagnosticul de schizofrenie cronică non-paranoidă sau paranoidă cu cea a subiecţilor normali. Pentru a minimiza

efectul diferenţelor legate de memoria de scurtă durată, Saccuzzo *et al.* au utilizat o sarcină de discriminare forţată între două alegeri, în care ţinta era fie un „T", fie un „A", subiectul trebuind să spună care dintre cele două ţinte era pezentată. Durata de prezentare a ţintei era imediat evaluată, fără mască, pentru a se asigura o identificare corectă în 80% dintre prezentări. Mascarea avea loc după ţintă[14], la intervale diferite (25, 50, 60, 200 şi 300 de miimi de secundă) care se succedau la întîmplare. De asemenea, se folosea şi un control fără mască (o întîrziere infinită a măştii). Rezultatele obţinute au arătat că, faţă de ceilalţi subiecţi, cele două grupe de pacienţi schizofreni au nevoie de mai mult timp pentru a trata informaţia. În plus, pentru a atinge performanţa-criteriu fără mascare, pacienţii cronici non-paranoizi aveau nevoie de prezentări cu durată semnificativ mai mare.

Pornind de la această cercetare din 1974, a fost organizată o serie de studii pentru aprofundarea cunoştinţelor privind viteza tratării informaţiei vizuale la pacienţii schizofreni. Faptul că performanţele acestor pacienţi sînt mai scăzute la toate sarcinile ce le sînt administrate este considerat expresia unei deteriorări generalizate. Pentru a stabili dacă deficitul observat atunci cînd se utilizează procedeul mascării (lentoarea tratării informaţiei) constituie un element specific legat de patologia subiacentă schizofreniei sau o manifestare a deteriorării generalizate, a fost necesară constituirea unui grup de control pentru deteriorarea generalizată. Pe baza asemănărilor frapante care există între deficitele psihologice ale schizofrenilor şi cele ale persoanelor vîrstnice (atunci cînd acestea sînt comparate cu adulţii tineri), Saccuzzo (1977) sugerează utilizarea unui grup de control pentru deteriorarea generalizată constituit din persoane în vîrstă. Un astfel de experiment, organizat de Brody *et al.* (1980), cu pacienţi schizofreni, persoane în vîrstă şi tineri adulţi normali, arată că performanţa obţinută de schizofreni în cazul utilizării procedeului de mascare este fundamental diferită de cea a subiecţilor în vîrstă şi constituie deci o caracteristică a patologiei schizofrenice.

O altă problemă ridicată de deficitul prezentat de schizofreni în cazul utilizării mascării este stabilitatea acestui deficit în raport

cu diferitele faze evolutive ale schizofreniei. Miller *et al.* (1979) au evaluat performanţa la procedura de mascare a unor persoane diagnosticate anterior cu schizofrenie, dar care nu prezentau la momentul studiului nici un simptom major şi care trăiau într-un mediu normal. Rezultatele arată că schizofrenii în faza de remisiune prezintă un deficit semnificativ atunci cînd sînt comparaţi cu persoanele normale. Aceasta i-a condus pe Miller *et al.* la concluzia că lentoarea tratării informaţiei constituie o trăsătură durabilă, mai curînd decît o stare tranzitorie a patologiei schizofrenice.

Această concluzie este puţin modificată datorită rezultatelor obţinute de Saccuzzo şi Braff (1981), care constată că lentoarea tratării informaţiei constituie o **trăsătură** a pacienţilor schizofreni pentru care s-a stabilit un pronostic de evoluţie nefavorabil şi a căror patologie ar avea baze genetice. În acest caz, deficitul decelat în situaţia de mascare este pronunţat pe toată durata spitalizării pacienţilor studiaţi. În schimb, această lentoare nu ar fi decît o **stare** la pacienţii cu un pronostic bun premorbid şi pentru care nu există dovada unei patologii cu determinare genetică. La aceşti pacienţi, deficitul la procedura de mascare nu este prezent decît în stadiile precoce ale afecţiunii.

Alte cercetări au fost concepute pentru a testa ipoteza că lentoarea tratamentului informaţiei ar fi prezentă, chiar înaintea debutului simptomelor, la schizofrenii la care s-a stabilit un pronostic de evoluţie defavorabilă. Pentru a încerca o verificare parţială a acestei ipoteze, Saccuzzo şi Schubert (1981) şi, în mod independent, Braff (1981), au evaluat subiecţi ce prezentau o personalitate schizotipică, tulburare non-psihotică considerată a fi legată din punct de vedere genetic de schizofrenie. Braff (1981), care a utilizat durate de prezentare a ţintei determinate individual[15] şi Saccuzzo şi Schubert (1981), care au păstrat constantă, pentru toţi subiecţii, durata ţintei, au remarcat că subiecţii diagnosticaţi cu multă minuţiozitate ca avînd personalităţi schizotipice prezentau alterări ale vitezei de tratare a informaţiilor.

Rezultatele obţinute prin utilizarea mascării vizuale validează abordarea prin prisma tratării informaţiei a schizofreniei şi a

altor tulburări legate de aceasta. Acest fapt are o importanţă teoretică majoră pentru că, după cum subliniase Yates (1966), micşorarea vitezei de tratare a informaţiei ar constitui deficitul primar în schizofrenie. Pentru Saccuzzo şi colaboratorii săi, la fel ca şi pentru Yates, încetinirea respectivă ar fi cauza majoră a tulburărilor de gîndire ale pacienţilor schizofreni. În acest context, este, de asemenea, important de menţionat că abordarea prezentată a condus la elaborarea unor intervenţii terapeutice concepute pentru a corecta, la schizofreni, deficienţele în tratarea informaţiilor (Magaro *et al.*, 1986). Exemplul ales aici pentru a ilustra studiul experimental al tulburărilor psihopatologice prezentate de bolnavi arată că această orientare nu numai că îşi aduce contribuţia la o mai bună înţelegere a tulburărilor respective, ci poate avea şi implicaţii în practică.

REZUMAT

În 1903, Pavlov foloseşte pentru prima dată termenul de psihopatologie experimentală şi subliniază importanţa experimentelor pe animale pentru înţelegerea patologiei umane. Psihopatologia experimentală este abordarea consacrată studiului comportamentului patologic experimental sau studiului experimental al comportamentului patologic.

Începînd din 1912, şcoala lui Pavlov – şi, în primul rînd, Erofeeva şi Shenger-Krestovnikova – iniţiază şi dezvoltă cercetări în domeniul nevrozelor experimentale. Acestea au permis acumularea unei cantităţi apreciabile de date privind geneza disfuncţiilor comportamentale. Raporturile dintre nevrozele experimentale şi adevăratele nevroze umane ridică însă numeroase probleme. Una dintre principalele critici se referă la caracterul artificial al condiţiilor experimentale.

O a doua direcţie de cercetare este iniţiată de Baruk şi de Jong care, în anii 1928-1930, încep să studieze realizarea la animal, a catatoniei. Aceste cercetări au atras atenţia asupra importanţei studiului biochimic al psihozelor şi au arătat că se pot produce în laborator – cu ajutorul bulbocapninei – perturbări psihomotorii de tip catatonic, specifice schizofreniei. Impactul acestor cercetări în plan terapeutic nu a fost însă semnificativ.

Studiul experimental al tulburărilor psihopatologice prezentate de pacienţii psihiatrici poate fi ilustrat prin cercetările privind viteza de

tratare a informaţiei la persoanele cu schizofrenie. Rezultatele obţinute prin procedura mascării vizuale dovedesc o încetinire a vitezei de tratare a informaţiei şi au condus la elaborarea unor intervenţii specifice pentru corectarea acestei deficienţe.

NOTE

1. Metodele **istorice** implică observarea detaliată, dar nu întotdeauna sistematică, a anumitor comportamente, o anumită perioadă de timp. Metodele **descriptive** includ observarea sistematică prin înregistrarea diverselor comportamente, în special cu scopul de a obţine date normative. Metoda corelaţională, care permite punerea în legătură a diferitelor fenomene, face parte din metodele descriptive (Sabourin, 1988).

2. Această manipulare conduce la variaţii „provocate" deliberat. În unele cazuri, experimentatorul poate folosi variaţii „invocate" (el consideră valorile variabilei dependente în grupe care diferă din punctul de vedere al unor variabile independente care nu pot fi modificate în mod direct : de exemplu vîrsta, sexul, mediul social al subiecţilor etc.)

3. Cititorul care doreşte să-şi aprofundeze cunoştinţele privind metoda experimentală poate consulta lucrările lui Christensen (1977), Reuchlin (1972 ; 1973), Robert (1988), Robinson (1976).

4. Jacques Cain (1959) menţionează, în bibliografia finală a lucrării sale, teza lui Erofeeva privind „Stimularea electrică a pielii cîinelui ca excitant condiţionat pentru funcţia glandelor salivare" (1912) şi două dintre publicaţiile sale din 1913 intitulate „Fiziologia reflexelor condiţionate distruse".

5. Cain (1959) citează pe Petrova (1945) şi pe Rosenthal (1926), care au regăsit prin experimentare, sindromurile ciclice cunoscute la om. El îl menţionează şi pe Pavlov care, referindu-se la cercetările sale, scria : „Dacă le raportăm la fiinţa umană, stările nervoase morbide pe care le producem corespund în mare măsură afecţiunilor cunoscute sub numele de **psihoze periodice**".

6. Giurgea (1986) rezumă astfel aceste relaţii :
   - tipul melancolic (slab) este cel mai sensibil la toate modalităţile nevrogene şi în special la supraîncărcarea excitaţiei ;
   - tipul coleric (puternic/dezechilibrat) este sensibil în special la o supraîncărcare a inhibiţiei ;
   - tipul flegmatic (puternic/echilibrat/inert) este deosebit de sensibil la o supraîncărcare a mobilităţii ;
   - tipul sangvin (puternic/echilibrat/mobil) este cel mai rezistent la cele trei modalităţi nevrogene, dar i se poate totuşi provoca o stare nevrotică făcînd sarcinile din ce în ce mai dificile, împiedicîndu-l să doarmă, izolîndu-l, provocîndu-i tulburări hormonale etc.

7. În 1931, Pavlov scria: „Stabilirea unei analogii serioase între stările nevrotice ale cîinilor şi diferitele nevroze ale oamenilor este o sarcină în afara posibilităţilor, pentru noi, fiziologii, care nu cunoaştem în detaliu neurologia umană". Această prudenţă nu-l împiedica să sublinieze importanţa experimentelor pe animale: „Totuşi, sînt convins că soluţia sau esenţa soluţiei unui mare număr de probleme privind etiologia, sistematizarea naturală, mecanismul şi tratamentul nevrozelor la fiinţele umane este în mîna celui care experimentează pe animale" (Cosnier, 1966).

8. Maier studia de mult timp învăţarea la Universitatea din Michigan. Fiind foarte de timpuriu la curent cu lucrările lui Liddell şi Gantt, el introduce noţiunea de frustrare pentru a explica apariţia tulburărilor nevrotice la animal. Conform lui Maier, dacă pisica prezintă un comportament nevrotic atunci cînd primeşte un şoc electric în locul mîncării, aceasta se întîmplă pentru că este frustrată în aşteptările sale (Cain, 1959).

9. Bulbocapnina este un alcaloid extras dintr-o plantă bulboasă, *Corydalis Cava* (familia Fumariacae). Formula sa chimică, $C_{19}H_{19}O_4N$, este asemănătoare cu cea a apomorfinei (Baruk, 1964).

10. Întrucît diferitele substanţe catatonigene produc perturbări ale voinţei, suspendînd funcţionarea iniţiativei şi a înfrînării voluntare, Baruk (1964) le consideră drept veritabile „otrăvuri elective ale voinţei".

11. Inducţia artificală a stărilor de conştienţă alterată la oameni (realizată în general prin alcool, diverse droguri sau hipnoză) pune, fără îndoială, numeroase probleme, în special de ordin etic. Această direcţie de cercetare a permis studiul anumitor procese cognitive asociate cu tulburări psihice.

12. Experimentele analoge pe oameni vizează înţelegerea proceselor şi mecanismelor care intervin în dezvoltarea tulburărilor psihice. Aceste experimente se referă doar la aspecte sau situaţii comparabile, analoge adevăratelor tulburări. Huber (1987) citează drept exemplu crearea de situaţii de anxietate sau de „depresie" (propunînd subiectului probleme dificile sau imposibil de rezolvat, recurgînd la privarea senzorială, la hipnoză sau la jocuri de rol) şi observarea modului în care reacţionează individul.

13. Pentru Huber (1987), psihopatologia experimentală nu cuprinde decît cercetările destinate studiului experimental al fenomenelor psihopatologice deja prezente.

14. Într-un studiu mai recent, Braff şi Saccuzzo (1985) au găsit că deficitul schizofrenilor la procedura de mascare este legată de un interval de timp între sfîrşitul prezentării ţintei şi începutul mascării, cuprins între 50 şi 500 miimi de secundă.

15. În acest studiu, nici un subiect cu personalitate schizotipică nu se afla sub medicaţie. Este totuşi interesant de menţionat că medicaţia nu afectează performanţa subiecţilor schizofreni la procedura de mascare.

CAPITOLUL 11

Psihopatologie fenomenologică

Psihopatologia fenomenologică îşi are originea în filosofia germană omonimă, mai precis în opera lui Husserl şi Heidegger. Aceste origini sînt descrise detaliat în mai multe lucrări fundamentale, printre care cele ale lui Lanteri-Laura (1963) şi Lyotard (1964). Aportul fenomenologiei a condus la o pluralitate de puncte de vedere în psihopatologie, fapt ce reiese în mod evident din contribuţiile lui Jaspers, Minkowski, Binswanger sau von Gebsattel.

Două demersuri sînt mai cunoscute. Primul, ce poate fi calificat drept descriptiv, apropiat de psihologia empirică descriptivă a fenomenelor (Beauchesne, 1986), este cel al lui Karl Jaspers (1883-1969), prezentat în cartea sa *Psihopatologie generală* (1913). În această accepţiune, psihopatologia se ocupă în special de ceea ce bolnavii trăiesc, studiază stările lor sufleteşti, urmărind să le dezvăluie semnificaţiile.

Al doilea demers este cel al lui Ludwig Binswanger (1881-1966), mult mai net impregnat cu referinţe filosofice şi cunoscut în special datorită studiilor asupra schizofreniei, maniei[1] şi melancoliei (Binswanger, 1957; 1987). Opera lui Binswanger a condus la *Daseinsanalyse* (Binswanger, 1971), terapeutică, sau mai curând „atitudine pornind de la comprehensiunea omului în situaţie", „activitate de actualizare a fiinţei umane în toate formele şi lumile sale", foarte puţin răspîndită din cauza complexităţii sale.

Difuzarea şi înţelegerea psihopatologiei fenomenologice (în special în exteriorul ţărilor germanice) au fost limitate de limbajul filosofic al autorilor. În decursul ultimilor cincisprezece ani, asistăm în Franţa la o creştere a interesului pentru această abordare şi la apariţia unor lucrări importante printre care cele ale lui Tatossian (1979), *Phénoménologie des psychoses* şi cea coordonată de Fedida (1986), *Phénoménologie, psychiatrie et psychanalyse*.

După al doilea război mondial, fenomenologia a pătruns în America de Nord (Gay, 1969), în special în cîmpul psihologiei, mai puţin influenţată în Statele Unite de teoria husserliană de la care împrumută totuşi unele principii directoare (Thinès, 1980 ; Bachelor & Joshi, 1986). Universitatea Duquesne a devenit principalul centru de cercetare şi formare în psihologie fenomenologică (Giorgi, 1966 ; 1971 ; 1975a şi b ; 1983 ; von Eckartsberg, 1971 ; Fischer, 1974). Echipa acestei universităţi editează, de asemenea, începând din 1971, o revistă prestigioasă, *Journal of Phenomenological Psychology*. În Statele Unite, psihologia fenomenologică s-a dezvoltat îndeosebi ca o abordare, ca o metodologie din ce în ce mai riguroasă, iar această metodologie începe să fie utilizată în diverse proiecte de cercetare în psihopatologie.

Prezentarea în acest capitol a psihopatologiei fenomenologice începe cu una dintre contribuţiile clasice europene în domeniu, cea a lui Binswanger. Urmează apoi o secţiune consacrată unei dezvoltări recente, aplicarea abordării fenomenologice la studiul spitalizării în psihiatrie. Capitolul se termină printr-o schiţare a principiilor metodologiei de cercetare fenomenologică.

A. BINSWANGER ŞI MELANCOLIA

Abordarea fenomenologică va fi ilustrată în această primă secţiune pornind de la studiile lui Binswanger (1987) asupra melancoliei, texte publicate în germană în 1960. În introducere, Binswanger precizează că nu este vorba despre studii de tip clinic, ci de o contribuţie la metodologia psihiatrică inspirată de

fenomenologia pură şi transcendentală a lui Husserl. De fapt, după cum precizează Pélicier (1987), „substratul metodologic este oferit în acelaşi timp de Husserl (intenţionalitate[2]) şi de Heidegger (degajarea *Dasein*[3] şi a formelor sale psihiatrice). Autorul îşi propune să înţeleagă lumea bolnavului şi să identifice momentele ei structurale".

Exemplul ales se referă în mare parte la studiul timpului[4] şi se bazează pe două cazuri citate în textul privind *Retrospecţia melancolică* (Binswanger, 1987). Primul caz este cel al lui Cécile Münch, o elveţiancă în vîrstă de 46 de ani care şi-a pierdut soţul într-un accident feroviar, cu cinci luni înainte de spitalizarea sa în clinica Bellevue din Kreuzlingen[5]. Pierderea soţului a cufundat-o într-o stare de depresie profundă cu insomnie, refuzul hranei şi reproşuri fără sfîrşit al căror punct central era faptul că ea a fost cea care a propus excursia în decursul căreia a avut loc accidentul. În plus, cu puţin timp înaintea accidentului, soţul ei îşi schimbase locul în tren cu un prieten, care a scăpat cu viaţă. Acest eveniment a provocat în Cécile o ură foarte puternică faţă de acea persoană.

Iată pe scurt povestea acestei paciente. Care este însă întrebarea pe care Binswanger şi-o pune în legătură cu Cécile Münch? „În faţa acestui caz clinic de melancolie", scrie Binswanger, „nu punem întrebarea privind modul în care simptomatologia clinică şi deci autoreproşurile melancolice sînt derivabile **din dominantele structurii de personalitate**, din constituţia caracteriologică şi morfologică, din temperament, ereditate... etc., ci întrebarea: Ce s-a întîmplat efectiv aici?" sau, cu alte cuvinte, „Ce s-a produs în devenirea transcendentală a Dasein-ului?".

Pentru a răspunde la această întrebare, Binswanger ne trimite la Husserl care, în *Lecţii pentru o fenomenologie a conştiinţei intime a timpului*, înţelege „timpul" pornind de la intenţionalitate şi studiază constituirea în conştiinţa subiectivă a timpului a obiectivităţii temporale, deci a „obiectelor" temporale noematice[6] sau intenţionale: trecut, prezent, viitor. Husserl desemnează momentele structurale intenţionale constitutive ale obiectelor temporale (viitor, trecut, prezent) drept **protenţie**, **retenţie**, **prezentare**. În mod normal, în structura obiectivităţii temporale,

protenţia, retenţia şi prezentarea nu constituie elemente izolate. Ele nu sînt disociabile, ci se intrică asigurînd astfel structura lui „despre ce" (*Worüber*).

Cercetarea întreprinsă de Binswanger are drept obiectiv tocmai dezvăluirea „modurilor deficiente" ale acestor trei dimensiuni şi interacţiunii lor. Pentru aceasta el examinează autoreproşul melancolic: „Dacă nu aş fi propus excursia" sau „dacă nu aş fi propus-o (atunci soţul meu ar fi încă în viaţă, atunci aş fi rămas fericită şi plină de voioşie, atunci nu mi-aş mai face atîtea reproşuri etc.)". Acest discurs în „dacă", „dacă... nu aş fi..." ne oferă o serie de informaţii privind ceea ce Binswanger numeşte „slăbirea firelor momentelor structurale intenţionale ale obiectivităţii temporale". Şi iată explicaţia. Acolo unde este vorba de posibilităţi, sînt implicate acte protentive. Or, discursul pacientei arată că ceea ce este posibilitate (posibilitate liberă) se retrage în trecut (care în mod normal nu cuprinde posibilităţi) şi constituie de fapt o posibilitate vidă. Constatăm astfel că retenţia se confundă cu protenţia, protenţia fiind astfel alterată, golită. Întreg „procesul", continuitatea temporalizării (la fel ca şi gîndirea în general) este alterată, iar protenţia nu mai are „despre ce", nu-i mai rămîne nimic de „produs" în afară de „obiectivitatea temporală a vidului **viitor** sau a vidului **ca viitor**", ca să reluăm formularea lui Binswanger. Să adăugăm că o prezentare autentică este, de asemenea, imposibilă, întrucît ea nu se poate baza decît pe o retenţie şi o protenţie.

Pentru a verifica analiza făcută în cazul lui Cécile Münch, Binswanger prezintă şi discută un al doilea caz. Începînd de la vîrsta de 45 de ani, David Bürge s-a plîns un an întreg că depresia sa îşi avea originea în faptul că a girat o sumă considerabilă dar care, de fapt, nu putea să-l ruineze. „Dacă nu aş fi făcut greşeala de a-mi asuma această garanţie, nu m-aş fi îmbolnăvit" spunea Bürge, fiind convins că nu-şi va recupera niciodată banii. Faptul că i-a recuperat pînă la urmă nu a avut nici un efect. Tema garanţiei bancare şi a ruinei sale şi-a pierdut orice importanţă, lăsînd locul unei alte teme melancolice, confirmînd astfel ceea ce o infirmieră a notat în raportul ei: „pacientul poate fi văzut

plîngîndu-se pentru că trebuie să se plîngă şi foloseşte drept obiect al plîngerilor sale orice îi stă la dispoziţie".

În comentariul său Binswanger arată că aici, la fel ca şi în cazul lui Cécile Münch, retenţia este infiltrată de momente protentive şi golită de sens. Cazul lui Bürge indică faptul că prezentarea, „despre ce"-ul, prezentul este de asemenea alterat. Aici, în „despre ce"-ul de care vorbim (numit şi tematică) se realizează unitatea actelor intenţionale retentive şi protentive. Dacă acestea sînt alterate, atunci prezentarea, după cum scrie Binswanger, rămîne suspendată în aer.

Acest al doilea caz contribuie la aprofundarea cunoaşterii melancoliei, punînd în evidenţă fragilitatea sau precaritatea „conţinutului" melancolic. Binswanger subliniază: „chiar şi în conţinuturi melancolice aparent motivate şi fundamentate **psihologic**, nu trebuie să vedem ceva strict reacţional psihologic, ci expresia unei maladii (endogene)".

B. DEZVOLTĂRI RECENTE: STUDIUL FENOMENOLOGIC AL SPITALIZĂRII ÎN PSIHIATRIE

Realizată în decursul ultimilor ani, o importantă cercetare subvenţionată de Consiliul cercetării sociale din Québec a fost consacrată experienţei spitalizării în psihiatrie. Într-un capitol al voluminosului lor raport final (634 pagini plus anexe), Letendre *et al.* (1988) grupează lucrările americane, în funcţie de alegerea metodologică făcută de autori, în cercetări cantitative şi calitative. Autorii acestui studiu clasifică ulterior cele 16 cercetări calitative disponibile, pe baza postulatelor epistemologice ale fiecăreia. Rezultatul este o grupare în funcţie de trei modele, medical, social şi fenomenologic, care se reflectă în întreg demersul empiric: alegerea problemei de explorat, culegerea datelor, instrumente, analiza datelor, interpretarea rezultatelor. Decizia de a utiliza studiul lui Letendre *et al.* pentru a ilustra modul în care se concretizează astăzi, în America de Nord, abordarea

fenomenologică se justifică nu doar prin importanţa şi actualitatea temei abordate (experienţa spitalizării în psihiatrie), ci şi prin posibilitatea pe care o oferă de a compara modelul fenomenologic de cercetare cu celelalte două modele de cercetare calitativă.

Modelul medical. În forma sa tipică, acest model poate fi definit folosind mai multe afirmaţii : (1) „boala mintală" are cauze individuale, interne ; (2) comportamentele „pacienţilor" sînt determinate de aceste cauze ; (3) persoanele pot fi clasificate drept sănătoase şi bolnave ; (4) diagnosticul serveşte la departajarea bolnavilor de persoanele sănătoase şi descrierea diferitelor componente etiologice şi comportamentale ale bolnavilor ; (5) specialiştii posedă cunoaşterea despre boala mintală (şi deci o anumită putere). Cercetătorii care adoptă acest model fac recomandări privind lărgirea puterii specialiştilor, nu pun în nici un fel în discuţie funcţiile spitalului altfel decît pentru a-i consolida bazele, se erijează (ca şi specialiştii) în „experţi", neagă discursul persoanelor spitalizate.

Trei cercetări efectuate conform modelului medical utilizează convorbirea drept principală sursă de informaţii pentru a studia procesul de cronicizare (Sommer & Witney, 1961), percepţiile pe care le au persoanele internate despre ei înşişi şi spital (Bergen & Thomas, 1969) sau posibilităţile de reabilitare (aşa cum reies ele din scopuri, ambiţii, din dorinţa de a schimba ceva în viaţă) studiate la rezidenţii dintr-un *board-and-care-home* (Lamb, 1979). O altă metodă, observarea participativă (mai precis metoda pseudo-pacienţilor) a fost folosită în cazul altor patru studii ce se înscriu în modelul medical (Deane, 1961 ; Ishiyama *et al.*, 1967 ; Goldman *et al.*, 1970 ; Rosenhan, 1973).

În cercetarea lui Rosenhan (1973), fără îndoială cea mai cunoscută, opt persoane ce simulau prezenţa unor halucinaţii auditive (un psihiatru, un pediatru, patru psihologi, un pictor şi o menajeră) s-au internat, în douăsprezece spitale diferite, pe durate cuprinse între 7 şi 52 de zile. Această cercetare pune în evidenţă relativitatea diagnosticului psihiatric (pseudo-pacienţii au fost diagnosticaţi în 11 cazuri drept schizofrenici, iar într-un

caz drept maniaco-depresiv) şi imposibilitatea de a distinge bolnavii mintal de oamenii normali. Nici unul dintre pseudo--pacienţi nu a fost identificat ca atare de către personal, doar unii dintre „adevăraţii" pacienţi manifestînd unele dubii. Atunci cînd pseudo-pacienţii adoptau comportamente absolut normale în decursul spitalizării lor, acestea erau interpretate de către personal în funcţie de diagnosticul pus, fapt care explică de ce studiul lui Rosenhan (1973) a fost frecvent citat de adepţii teoriei etichetării. Această cercetare pune de asemenea în evidenţă caracteristicile modului de viaţă al pacienţilor (sentimente de neputinţă, privarea de intimitate, depersonalizarea) şi descrie structura spitalului, cu spaţii distincte pentru pacienţi şi pentru personal, cu o organizare ierarhică tipică, organizare care face ca persoanele care deţin cea mai mare putere să aibă cele mai reduse contacte cu aceştia. În faţa unor asemenea rezultate, foarte critice la adresa modului de viaţă instituţional şi concordante cu cele obţinute în alte cercetări, ne putem întreba de ce studii de genul celui al lui Rosenhan au fost situate în grupul „modelului medical". Răspunsul lui Letendre *et al.* (1988) este că această decizie a fost luată pe baza presupoziţiilor conţinute în toate aceste cercetări : (a) există indivizi sănătoşi şi indivizi bolnavi ; (b) cercetătorii-persoane sănătoase se dau drept pacienţi pentru a studia viaţa în spital.

Modelul social. Acest model, dezvoltat ca o reacţie la cel medical, poate fi caracterizat prin următoarele cinci enunţuri : (1) spitalizarea este rezultatul devianţei subiecţilor ; (2) devianţa are cauze sociale şi externe subiecţilor ; (3) comportamentele şi atitudinile spitalizaţilor sînt rezultatul unei situaţii sociale opresive ; (4) spitalul psihiatric este o societate cu scopuri precise, care posedă propriile reguli şi valori ; (5) persoana spitalizată dezvoltă strategii, atitudini, comportamente care nu sînt legate de vreo patologie, ci mai curînd de un sistem de interacţiune socială în vederea unei adaptări.

Aceste caracteristici demonstrează că modelul social este foarte diferit de modelul medical analizat anterior. În anumite puncte, însă, modelul social se aseamănă cu cel medical.

Într-adevăr, ambele anulează discursul persoanelor internate, caută cauze, oferă un discurs „expert" care face ca transmiterea cunoaşterii să aibă loc într-un singur sens, interpretează situaţiile şi comportamentele persoanelor în funcţie de categorii prestabilite.

Letendre *et al.* (1988) au identificat patru cercetări care ilustrează modelul social (Caudill *et al.*, 1952 ; Goffman, 1961 ; Pine & Levinson, 1961 ; Perucci, 1974). Printre acestea, cercetarea lui Goffman, a cărei versiune franceză poartă titlul *Asiles : études sur la condition des malades mentaux* (1968) este, fără îndoială, cea mai cunoscută. Goffman descrie cu multă precizie situaţia bolnavului, spitalul psihiatric şi teoretizează funcţionarea acestuia.

Pentru Goffman, spitalul psihiatric este o instituţie totalitară a cărei funcţie este de a se ocupa de persoanele considerate deopotrivă incapabile de a se îngriji de ele însele şi periculoase pentru comunitate. Pe măsură ce internarea se prelungeşte, pacientul îşi pierde în mod progresiv cultura („deculturare"). Pacientul se depersonalizează ca urmare a diferitelor „tehnici de mortificare" : izolare de lumea exterioară, pierderea rolurilor anterioare, despuierea de bunuri, degradarea imaginii de sine, violarea intimităţii sale etc.

De asemenea, Goffman descrie diferitele strategii de adaptare pe care le poate utiliza pacientul : (a) retragerea în sine sau regresia ; (b) intransigenţa (refuzul de a colabora, mutismul) ; (c) instalarea (aprecierea vieţii instituţionale) ; (d) conversia (adoptarea opiniei administraţiei şi/sau a personalului despre el şi faptul de a se forţa să joace rolul internatului perfect : supus, rigid şi incolor)[7].

Quadagno şi Antonio (1975) critică modelele medical şi social pentru că ele nu ţin suficient seama de punctul de vedere al persoanelor spitalizate. Ei poartă convorbiri cu 15 paciente spitalizate în psihiatrie şi constată că ele resping rolul pasiv care le este atribuit şi că rezistă la etichetarea „bolnavă mintal" prin normalizarea dificultăţilor lor (aceste paciente spun că „toată lumea are probleme" şi că aceste probleme ar rezulta dintr-o

viaţă stresantă, din dificultăţi sau boli fizice). Letendre *et al.* (1988) examinează şi ei acest ultim aspect şi constată, la subiecţii lor, o preocupare extremă privind posibilele consecinţe devastatoare ale unei identităţi de bolnav mintal. Rezultatele lor sînt însă mai puţin univalente : un anumit număr de subiecţi sfîrşesc prin a adopta o asemenea identitate, care oferă şi o serie de avantaje.

În a doua cercetare, Stoneall şi Schmitt (1984) încearcă să cunoască percepţiile pe care le au despre boala mintală unii dintre utilizatorii unui serviciu psihiatric ambulatoriu şi persoanele lor apropiate. La fel ca şi Quadagno şi Antonio (1975), Stoneall şi Schmitt pornesc de la o critică a modelului medical (care denigrează experienţa pacientului, considerînd-o drept imposibil de verificat, bizară, impresionistă) şi a modelului social, în special a lucrărilor cercetătorilor care se bazează pe teoria etichetării şi care nu au observat viaţa de zi cu zi a pacienţilor psihiatrici. Stoneall şi Schmitt notează că pacienţii nu se etichetează drept „nebuni", ci afirmă că au probleme, „se află la limită", „au cedat". Pacienţii atribuie dificultăţile lor inadecvării altora sau unor cauze fizice (naştere prematură, accident etc.). Rezultatele lui Letendre *et al.* (1988) merg în acelaşi sens, dar arată că variaţiile de identitate ale subiectului din cauza raporturilor sale cu psihiatria constituie un proces mult mai complicat decît simplul refuz al etichetei de „nebun". În ceea ce-i priveşte pe utilizatorii serviciului psihiatric de zi, Stoneall şi Schmitt notează că, în absenţa explicaţiilor alternative, aceştia acceptă etichetarea oficială care îi ajută de altfel să-şi organizeze percepţiile. În plus, manifestările bolii sînt utilizate de către persoanele apropiate pentru a justifica spitalizarea.

Deşi admisă ca o lucrare fundamentală, cartea lui Goffman a fost obiectul a numeroase critici privind slăbiciunile metodologice (mai ales la nivelul culegerii datelor, considerată drept insuficient de riguroasă) şi interpretarea exclusiv sociologică a faptelor observate. La acestea s-ar putea adăuga un oarecare pesimism care rezultă din concluzia cărţii, în care Goffman scrie că nu este în măsură „să sugereze un mod mai adecvat de a trata oamenii".

Modelul fenomenologic. El se demarcă foarte clar de modelele prezentate anterior prin două caracteristici prinicipale :

(a) nu caută cauzele unei maladii sau ale unei devianţe care să fi condus la internarea în psihiatrie ; (b) încearcă să afle care este „experienţa nebuniei", pornind de la cei care au trăit-o şi care devin astfel principalele surse de informaţii şi date.

În studiul lui Letendre *et al.* sînt inventariate două cercetări realizate conform modelului fenomenologic (Quadagno & Antonio, 1975 ; Stoneall & Schmitt, 1984)[8]. De asemenea, trebuie subliniat faptul că însăşi cercetarea lui Letendre *et al.* aderă, în mare măsură, la acest model, fiind interesată de interpretările şi percepţiile pacienţilor psihiatrici referitor la situaţia lor.

Acordînd cuvîntul pacienţilor psihiatrici, cercetarea bazată pe abordarea fenomenologică permite cercetătorilor şi practicienilor să înveţe din experienţa acestor subiecţi, să le cunoască mai bine viaţa de zi cu zi. Este vorba de o cercetare angajată social care, dezvoltîndu-se în continuare, va putea contribui la o schimbare a politicii în materie de servicii psihiatrice.

C. FUNDAMENTE ALE METODEI FENOMENOLOGICE DE CERCETARE

La fel ca şi celelalte metode de cercetare calitative, metoda fenomenologică se caracterizează prin faptul că utilizează o abordare holistică, foloseşte o analiză inductivă şi se derulează sub forma unei anchete naturaliste (Patton, 1983). Utilizare unei **abordări holistice** corespunde faptului că cercetătorul încearcă să înţeleagă fenomenele şi situaţiile într-o manieră globală, fără a limita numărul aspectelor de studiat. Acest mod de a concepe cercetarea este foarte diferit de cel al planurilor experimentale de cercetare, unde se studiază variabile izolate şi precis definite, unde se manipulează şi se măsoară relaţiile dintre cîteva variabile alese cu atenţie.

În abordarea ipotetico-deductivă utilizată atunci cînd se aplică planuri experimentale, cercetătorul trebuie să identifice variabilele importante şi să formuleze ipoteze înaintea culegerii

datelor. Spre deosebire de acestea, planurile calitative de cercetare încep cu observaţii specifice, cu examenul minuţios al cazurilor individuale. Acest mod de a proceda permite precizarea, pe măsură ce avansează cercetarea, a dimensiunilor de studiat. Faptul de a respinge impunerea unor aşteptări prealabile privind situaţia de cercetat, faptul că utilizează o **analiză inductivă** constituie deci a doua caracteristică a cercetării calitative.

Experimentarea clasică vizează controlul absolut al situaţiei de cercetat. Se evaluează, în acest caz, efectele manipulării anumitor variabile, păstrînd constante toate celelalte variabile care ar putea să mai intervină în situaţia respectivă. Folosind metode calitative, cercetătorul nu operează nici o manipulare a mediului de cercetare. Încercarea de a înţelege fenomenele aşa cum apar ele în mod natural constituie însăşi justificarea utilizării planurilor calitative de cercetare. De aceea, se consideră că desfăşurarea sub forma unei **anchete naturaliste** constituie a treia caracteristică a metodelor calitative de cercetare. Întrucît ea nu vizează evaluarea unei realităţi schimbătoare, această anchetă are o orientare dinamică, de tip proces, care nu exclude totuşi punerea în evidenţă a legilor generale privind structura şi procesul experienţei (von Eckartsberg, 1971).

Ca metodă calitativă, metoda fenomenologică prezintă cele trei caracteristici descrise mai sus, dar se diferenţiază şi prin caracteristici care îi sînt proprii. După Bachelor şi Joshi (1986), metoda fenomenologică „necesită, într-un prim timp, o descriere atentă şi sistematică a percepţiei asupra experienţei trăite, iar într-un al doilea timp, ea vizează să identifice şi să elucideze semnificaţia sa esenţială. Este vorba de semnificaţii anterioare oricăror presupuneri sau construcţii conceptuale". Utilizînd metoda fenomenologică, cercetătorul vizează studiul semnificaţiilor şi structurii fenomenelor umane în aspectul lor **eidetic**, adică în funcţie de natura lor fundamentală şi de constituenţii lor esenţiali.

După aceste cîteva precizări de ordin general, să examinăm acum în mod mai detaliat unele etape ale cercetării fenomenologice: culegerea datelor, analiza datelor culese, evaluarea calităţii datelor culese, verificarea rezultatelor şi a concluziilor.

Culegerea datelor. În cercetarea fenomenologică empirică, culegerea datelor se poate face folosind patru proceduri diferite (Bachelor & Joshi, 1986) : (1) mărturia personală (*self-report*) ; (2) convorbirea ; (3) procedeele de observare participativă ; (4) metode mixte.

- Mărturia personală este obținută în urma unei cereri scrise din partea cercetătorului. Ea reprezintă o descriere scrisă a ceea ce subiectul resimte în fața situației sau a fenomenului studiat. Mărturia poate fi obținută de la un singur subiect, de la mai mulți subiecți, de la cercetătorul însuși și de la unul sau mai mulți subiecți. În această ultimă situație, cercetătorul își notează experiența sa specifică legată de situația sau fenomenul studiat și poate astfel să-și dea seama de propriile biais-uri sau prejudecăți.
- În decursul convorbirii, cercetătorul întreabă subiecții care participă la cercetare cu privire la experiența lor legată de situația sau fenomenul studiat. Convorbirea începe cu o întrebare generală și se continuă cu întrebări din ce în ce mai precise. La fel ca și în cazul mărturiei personale, convorbirea se poate realiza cu unul sau mai mulți subiecți, incluzîndu-l, în unele cazuri, chiar și pe cercetător.
- Procedeele de observație participativă se diferențiază în funcție de gradul de implicare a cercetătorului în situația studiată. Acesta poate fi un participant complet integrat în grupul de studiu, un participant-observator, un observator-participant sau doar un simplu observator.
- Utilizarea, în aceeași cercetare, a mai multor metode de culegere a datelor se face în funcție de situația studiată și de obiectivele urmărite de cercetător. Se poate combina, de exemplu, o metodă cantitativă și una calitativă, utilizate succesiv pentru studiul aceleiași situații sau aceluiași fenomen.

Analiza datelor. O dată culese datele, cercetătorul procedează la analiza lor. Într-o abordare fenomenologică, analiza trebuie să fie inductivă și să permită elucidarea eidetică a situațiilor sau fenomenelor studiate. După De Koning (1979) și Bachelor și

Joshi (1986), operaţiile analitice care permit identificarea, pornind de la date brute, a caracteristicilor structurale generale ale situaţiei sau fenomenului studiat, cuprind cinci etape secvenţiale distincte:

- perceperea sensului global, realizată pornind de la o primă lectură completă a textului de analizat;
- delimitarea unităţilor cu semnificaţie naturală (constituite din fraze unice sau consecutive), operată ţinînd seama de fiecare tranziţie a sensului;
- delimitarea temei centrale, articulată în jurul uneia sau mai multor unităţi naturale şi exprimată în limbajul subiectului;
- analiza temei centrale în funcţie de obiectivele specifice ale cercetării, în funcţie de ceea ce artă ea privind fenomenul studiat, folosind de data aceasta un limbaj ştiinţific;
- definirea, pornind de la o sinteză a rezultatelor, a structurii fundamentale a fenomenului studiat. Această definire poate fi relativă, atunci cînd descrierea fenomenului include aspectele concrete şi specifice ale situaţiei de cercetat, sau generală, atunci cînd nu sînt abordate decît acele aspecte ale fenomenului care sînt comune mai multor situaţii identice, sau chiar universale.

Analiza datelor este realizată de către cercetător, dar se consideră că participarea a cel puţin doi judecători independenţi măreşte fidelitatea rezultatelor.

Evaluarea calităţii datelor culese, verificarea rezultatelor şi a concluziilor. Deşi se poate afirma că, în stadiul actual de dezvoltare a cercetării fenomenologice, rigoarea metodologică este mare în ceea ce priveşte culegerea datelor şi analiza acestora, dispunem însă de mai puţine reguli de decizie în ceea ce priveşte etapa confirmării şi verificării rezultatelor. Atunci cînd se adoptă abordarea fenomenologică, pot fi utilizate totuşi cîteva strategii disponibile pentru cercetarea calitativă în general. Este vorba de tehnici de evaluare a calităţii datelor culese, de verificare a

rezultatelor prin biais-ul contrastelor şi de evaluare a concluziilor cercetării (Miles & Huberman, 1984 ; Bachelor & Joshi, 1986).

Calitatea observaţiilor sau a faptelor culese poate fi asigurată folosind diferite tehnici ce vor fi descrise în cele ce urmează :

- Verificarea **reprezentativităţii** faptelor culese, stabilind în ce măsură acestea sînt tipice, reprezentative sau indicative pentru fenomenul studiat. În cazul în care cercetătorul riscă să generalizeze într-un mod inadecvat pornind de la date culese de la subiecţi nereprezentativi, el îşi poate asigura non-selectivitatea eşantionului prin mărirea numărului de subiecţi, de exemplu, sau prin căutarea deliberată a cazurilor contrastante (negative, extreme sau opuse).
- Verificarea prezenţei **efectelor legate de cercetător**. Pentru a preveni eventualele biais-uri produse de prezenţa sa asupra mediului, cercetătorul poate, de exemplu, să-şi clarifice mandatul său faţă de subiecţi, să ceară unuia dintre ei să examineze influenţa pe care el o exercită, în calitate de cercetător, asupra mediului şi subiecţilor, sau să rămînă cît mai mult timp posibil în mediul în care îşi efectuează cercetarea. Atunci cînd, din contra, este vorba de un biais rezultînd din efectele mediului asupra cercetătorului, pot fi utilizate alte tehnici : examinarea datelor obţinute de către un cercetător exterior proiectului în curs, cerîndu-i-se acestuia să identifice sursele de biais-uri, folosirea mai multor metode pentru culegerea datelor, efectuarea mai rară a vizitelor în mediul respectiv etc.
- În absenţa măsurătorilor externe cu care să-şi compare rezultatele studiului, cercetătorul trebuie să utilizeze indici interni provenind din **măsurători independente** de situaţia sau fenomenul studiat, pentru a putea demonstra că acestea sînt consistente cu propriile sale rezultate, permiţînd astfel o validare convergentă.
- Datele culese avînd o valoare inegală (unele sînt mai „solide" sau mai valide decît altele), cercetătorul poate proceda la **ponderarea** lor. Întrucît datele obţinute de la subiecţi care, de

exemplu, cunosc mai bine sau sînt mai apropiaţi de evenimentul care îl interesează pe cercetător, sînt „mai bune" decît cele provenite de la alţi subiecţi, cercetătorul trebuie să le acorde o pondere mai mare. Ponderarea poate fi legată şi de condiţiile în care s-a realizat culegerea datelor.

O altă categorie de strategii de evaluare a cercetării calitative utilizabile în cazul abordării fenomenologice are ca obiectiv **verificarea rezultatelor şi concluziilor prin folosirea contrastelor**. Procedeele disponibile sînt:

- **„metoda diferenţelor"**, care constă în verificarea unei concluzii realizînd comparaţii între două ansambluri (de persoane sau de fenomene, de exemplu) cunoscute a fi diferite în ceea ce priveşte un alt aspect important;
- **analiza semnificaţiei excepţiilor** (sau a cazurilor divergente)[9], care constă în căutarea subiecţilor devianţi şi verificarea dacă unele caracteristici sînt absente sau diferite la subiecţii tipici. Dacă, de exemplu, un subiect care adoptă o atitudine complet diferită faţă de ceilalţi oferă, în loc de explicaţii, motive opuse celor furnizate de cei care adoptă atitudinea respectivă, aceasta constituie un rezultat care întăreşte concluziile cercetătorului.

O ultimă grupare a strategiilor de evaluare are drept obiectiv **confruntarea concluziilor** la care a ajuns cercetătorul utilizînd o astfel de abordare fenomenologică cu **fapte stabilite sau alte concepţii şi teorii**. Procedura de eliminare a relaţiilor factice se foloseşte mai ales atunci cînd concluziile cercetării sînt neaşteptate şi au o importanţă mare. Ea constă în a studia posibilitatea ca relaţia pusă în evidenţă între două variabile să fie factice şi să intervină o a treia variabilă. În alte cazuri, o strategie de reproducere a faptelor culese într-un alt context ar putea să ajute la confirmarea sau nuanţarea rezultatelor obţinute. Cercetătorul poate lua în considerare mai multe explicaţii posibile, chiar contradictorii, şi să verifice dacă vreuna dintre ele se impune ca plauzibilă. În fine, cercetătorul trebuie, încă de la început, să caute faptele care merg în sens contrar concluziilor pe care crede că le va extrage din cercetarea întreprinsă.

Ceea ce la început era o abordare clinică a psihopatologiei influențată de conceptele filosofiei fenomenologice germane, a devenit, în special în Statele Unite, o nouă orientare metodologică. După cum am precizat, aceasta păstrează legături importante cu unele dintre principiile de bază ale fenomenologiei și îl ajută pe clinicianul-cercetător să identifice aspecte pe care nici o altă metodologie nu i le-ar putea face accesibile. Să mai subliniem că metodologia fenomenologică apare mai mult ca o invitație la o reflecție asupra modalităților de ameliorare a calităților cercetării, decît ca o simplă colecție de reguli normative rigide.

REZUMAT

Psihopatologia fenomenologică își are originile în filosofia germană cu același nume. Aportul fenomenologiei a condus la două demersuri principale în psihopatologie. Prima, care ar putea fi calificată drept descriptivă, este cea a lui Karl Jaspers. În acest caz, psihopatologia se ocupă mai ales de ceea ce trăiesc bolnavii, le studiază stările sufletești, încercînd să le dezvăluie semnificațiile.

Al doilea demers este cel al lui Binswanger, mult mai impregnat de referințe filosofice și cunoscut mai ales datorită studiilor asupra schizofreniei, maniei și melancoliei. Contribuția lui Binswanger, al cărei substrat este oferit atît de Husserl cît și de Heidegger, privește înainte de toate metodologia psihiatrică.

Prin emergența unui model și a unei metodologii de cercetare care îi sînt specifice, abordarea fenomenologică a permis progrese semnificative în dezvoltarea psihopatologiei.

Modelul fenomenologic de cercetare, ilustrat în acest capitol de studiul asupra spitalizării în psihiatrie, are două caracteristici principale: (1) nu caută cauzele unei boli sau ale unei deviații care au condus la internare; (b) încearcă să descopere care este „experiența nebuniei" pornind de la cei care au trăit-o și care devin astfel principalele surse de informații și date.

Asemeni celorlalte metode calitative de cercetare, metoda fenomenologică se caracterizează prin utilizarea unei abordări holistice, folosirea unei analize inductive și derularea sub forma unei anchete naturaliste. În același timp, ea se diferențiază prin caracteristici proprii: faptul că impune, într-o primă etapă, o descriere atentă și sistematică a percepției

asupra experienţei trăite şi că urmăreşte, în a doua etapă, să identifice şi să elucideze semnificaţia esenţială a acestei experienţe.

NOTE

1. Ey (1954) prezintă în studiul său nr. 21 fenomenologia fugii de idei.

2. Este vorba de intenţionalitatea conştienţei orientate întotdeauna către ceva (Husserl). Conştienţa este intenţionalitate, întrucît ea este întotdeauna conştienţă de ceva.

3. *Dasein*, cuvînt-cheie al gîndirii lui Heidegger, ar putea fi tradus prin „realitate umană". Binswanger refuză traducerea termenului *Daseinanalyse* prin „analiză existenţială" şi propune expresia „analiza prezenţei umane".

4. Binswanger (1987, p. 43) aminteşte că prima lucrare asupra timpului (lucrare care constituie, în plus, prima aplicare a metodei fenomenologice în psihiatrie) este datorată lui Minkowski: „Studiul psihologic şi analiza fenomenologică a unui caz de melancolie schizofrenică". Conţinutul acestui articol publicat în 1923 în *Journal de psychologie* (XX), a făcut obiectul unei expuneri la Zürich în 1922, în faţa Societăţii elveţiene de psihiatrie, expunere precedată de raportul „Despre fenomenologie", prezentat de Binswanger.

5. Ludwig Binswanger nu avea decît zece ani atunci cînd Cécile Münch a fost spitalizată în clinica Bellevue, pe care o conducea în vremea aceea tatăl său. În studiul intitulat *Retrospecţia melancolică*, Binswanger (1987) scrie: „Pe parcursul întregii mele vieţi am revăzut **figura suferindă** şi privirea profund melancolică a acestei femei..." (p. 30).

6. „Husserl propune folosirea termenului de **noemă** a percepţiei pentru caracterele proprii obiectului aşa cum apare el în percepţie, iar a descrie **noema** percepţiei înseamnă a descrie diversele aspecte specifice în maniera în care se arată masa atunci cînd ea se arată drept percepută" (Lanteri-Laura, 1963, p. 73).

7. În studiul său, Perucci (1974) descrie următoarele moduri de adaptare a pacienţilor: (a) **retragerea** (absenţa relaţiilor cu personalul şi cu ceilalţi pacienţi); (b) **rezistenţa** (pacienţii încearcă să-şi păstreze o anumită demnitate şi un anumit respect faţă de sine, respectînd totuşi regulamentele şi limitînd la maximum intruziunile personalului); (c) **acomodarea** (devenind pacientul „bun", care respectă regulile, deciziile personalului şi ale celorlalţi pacienţi); (d) **conversia** (identificarea cu personalul prin integrarea valorilor şi credinţelor acestuia).

8. Abordarea fenomenologică a fost utilizată şi într-o importantă cercetare ce a făcut obiectul unei teze de doctorat (483 de pagini), prezentată de Di Grigorio (1983) la Union Graduate School (Cincinnati, Ohio). Autorul a studiat

experienţa dezinstituţionalizării aşa cum este ea trăită de persoanele cu tulburări mintale şi de dezvoltare.

9. Cazurile extreme (subiecţi sau situaţii) se arată utile pentru confirmarea sau verificarea faptelor culese.

CAPITOLUL 12

Psihopatologie psihanalitică

Abordarea psihanalitică are o importanţă capitală. Susţinătorii ei identifică, de fapt, ansamblul psihopatologiei cu psihanaliza[1]. Pe de altă parte, pentru detractorii săi, psihanaliza reprezintă fie ţinta unor atacuri permanente, fie o abordare condamnată la o conjuraţie a tăcerii. În fine, pentru cei care se situează între aceste două poziţii extreme, psihanaliza este importantă prin calităţile sale euristice şi merită o atenţie deosebită în contextul în care se încearcă validarea conceptelor sale cruciale prin metode proprii altor abordări ale psihopatologiei.

Numărul şi ponderea partizanilor psihanalizei, a detractorilor săi şi a celor ce se situează pe o poziţie mediană în comunitatea universitarilor şi cercetătorilor sînt foarte inegale, şi variază în timp şi de la o ţară la alta. În Statele Unite, de exemplu, psihanaliza s-a dezvoltat foarte puternic şi relativ timpuriu (Freud călătoreşte aici încă din 1909). După o perioadă în care a dominat psihopatologia şi psihiatria nord-americană, abordarea psihanalitică începe să fie foarte contestată.

În continuarea unei prezentări foarte succinte, pe care o recunoaşte chiar el a fi „puţin cam simplistă şi caricaturală" a modelului explicativ al maladiei mintale bazat pe diferitele stadii ale dezvoltării libidoului, Grunberg, profesor de psihiatrie la Universitatea din Montréal, scrie, în 1980, că acest model „ne poate face astăzi să zîmbim". Pentru Grunberg, viciul fundamental al modelului explicativ furnizat de abordarea psihanalitică este că „etiologia e presupusă nu numai fără nici o verificare

ştiinţifică, dar şi fără a oferi măcar posibilitatea de a formula ipoteze cărora să li se poată confirma sau infirma validitatea".

Încă de la începutul perioadei de repunere în discuţie a psihanalizei, unii autori nord-americani se situează pe o poziţie mediană. Astfel, Maher scria în 1966 : „Actualmente, verificarea ipotezelor rezultate din teoriile dinamice este împiedicată de imprecizia ce caracterizează definirea stărilor sau proceselor postulate în cadrul modelului dinamic. Asta nu înseamnă că modelul nu poate fi reformulat astfel încît să poată fi deduse ipoteze testabile ; pînă acum, nici o reformulare adecvată nu a fost propusă".

Să subliniem, de asemenea, că după o perioadă de recul evident, influenţa abordării psihanalitice reapare în Statele Unite. Astfel, într-una din cele mai recente lucrări de psihopatologie, publicată de prestigioasa editură McGraw-Hill, Willerman şi Cohen (1990), ambii profesori la Universitatea statului Texas din Austin, consacră un capitol distinct abordării psihodinamice. La finalul unei secţiuni a acestui capitol privind evaluarea critică a teoriei psihanalitice, aceşti doi autori scriu că „teoria psihanalitică nu poate fi ignorată" şi că unele dintre formulările sale au avut un impact enorm nu numai asupra dezvoltării istorice a teoriilor psihopatologice, ci şi a culturii noastre (în special asupra ştiinţelor umaniste, precum şi asupra ştiinţelor sociale şi comportamentului) şi asupra gîndirii noastre de zi cu zi. În acelaşi capitol, Willerman şi Cohen scriu, de asemenea, că „nici o prezentare a psihopatologiei nu ar fi completă fără a se ţine cont de abordarea psihodinamică".

Citind aceste rînduri, o întrebare apare în mod inevitabil : care sînt principalele contribuţii ale abordării psihanalitice a psihopatologiei ? În faţa imensităţii operei psihanalitice, orice tentativă de răspuns sintetic ar putea părea superficială, insuficientă şi deci imprudentă. În ciuda acestui risc, ni se pare necesar să menţionăm pe scurt patru contribuţii pe tema cărora există un real consens printre partizanii abordării psihanalitice :

- Trecutul personal şi mai cu seamă cel al copilăriei timpurii, poate provoca tulburări psihopatologice, mai ales atunci cînd

acest trecut a fost ocultat şi clivat, devenind astfel inconştient. Amintirile inconştiente joacă un rol important în producerea simptomelor, iar sensul acestora ne trimite deci la inconştient.

- Rolul sexualităţii este primordial. De exemplu, materialul străin Eului, eliminat din conştiinţă şi exprimîndu-se în vise şi simptome nevrotice, are întotdeauna conotaţii sexuale.
- Experienţele individuale (situaţii, evenimente, traumatisme, factori familiali şi sociali) joacă un rol foarte important. Semnificaţia acestor experienţe depinde de stadiul de dezvoltare la care survin.
- Boala mintală este concepută dintr-o perspectivă funcţională : ea constituie o tentativă de ajustare, de rezolvare a problemelor care nu au putut fi rezolvate într-un alt mod, mai satisfăcător. Orice tulburare (deşi obiectiv este ineficace şi subiectiv este penibilă) constituie o formă de ordine. Impresia de relativitate a frontierei dintre normal şi patologic pe care o dau aceste aserţiuni este accentuată de faptul că şi conflictul, care nu este considerat patologic în sine, reprezintă un factor comun al sănătăţii şi bolii.

Contribuţiile menţionate aici constituie, după părerea noastră, elemente fundamentale ale operei lui Sigmund Freud, creator al psihanalizei şi al abordării psihanalitice a psihopatologiei.

Freud (1856-1939) obţine diploma de medic în 1881 şi lucrează ulterior cu personalităţi de renume cum ar fi Brücke, Nothnagel şi Meynert. În 1885, este numit Privat-Dozent în neuropatologie şi merge la Paris, la Charcot, celebru pentru studiile sale privind isteria. Mai vizitează Franţa în 1891, cînd îl întîlneşte la Nancy pe Liébault, care utilizează hipnoza şi pe Bernheim, care face experienţe de sugestie post-hipnotică. Numit în 1902 profesor extraordinar la Viena, devine profesor plin abia în 1923.
Opera lui Freud cuprinde mai multe etape. Prima (1883-1897), consacrată studiului anatomiei sistemului nervos şi neurologiei, cuprinde lucrări importante privind cocaina, nervul acustic şi paralizia cerebrală infantilă. În cursul acestei perioade, mai precis între 1886-1895, Freud efectuează o serie de cercetări fundamentale privind hipnoza şi isteria. În 1895[2] publică, împreună cu prietenul său Breuer, lucrarea *Studii despre isterie*.

Între 1895 şi 1920, Freud se interesează de fenomenele inconştiente şi elaborează metoda psihanalitică de tratament. În această perioadă el publică *Interpretarea viselor* (1900), *Psihopatologia vieţii cotidiene* (1901/1904), *Trei eseuri despre teoria sexualităţii* (1905), *Introducere în psihanaliză* (1916/1917).
Ultima perioadă (1920-1939) este consacrată cercetărilor în domeniul personalităţii umane şi aplicării teoriilor sale la funcţionarea societăţii şi a religiei. În cursul acestei perioade apar *Dincolo de principiul plăcerii* (1920), *Eul şi Sinele* (1923), *Inhibiţie, simptom şi angoasă* (1925), *Noi conferinţe despre psihanaliză* (1932). Este, de asemenea, perioada în care Freud îşi elaborează lucrările intitulate *Psihologia colectivă şi analiza Eului* (1921), *Viitorul unei iluzii* (1927), *Suferinţă în civilizaţie* (1930), *Moise şi monoteismul* (1939). Aceste lucrări fuseseră precedate de *Totem şi tabu* (1912), unde aplicase, pentru prima oară, teoriile sale psihologice la societate în ansamblul ei.
Freud este şi la originea mişcării psihanalitice, a cărei istorie a cunoscut vicistitudini şi disidenţe, cele mai celebre fiind cele ale lui Adler şi Jung. Printre psihanaliştii fideli teoriei lui Freud şi care au contribuit, împreună cu elevii lor, la dezvoltarea acesteia, un loc deosebit este ocupat de Abraham şi Ferenczy, precum şi de Anna Freud şi Mélanie Klein.

Abordarea psihanalitică va fi ilustrată, în acest capitol, prin două teme de actualitate. Prima, deja tratată de Lagache în 1964[3] în textul său privind „Psihanaliza ca ştiinţă exactă", este caracterul ştiinţific al psihanalizei. În decursul ultimilor ani, cel puţin trei seminarii francofone au abordat această problemă (De Neuter şi Florence, 1988 ; Le Guen *et al.*, 1989 ; Pelletier *et al.*, 1990). A doua temă este cea situată în centrul unei importante dezbateri privind necesitatea şi posibilitatea unei abordări experimentale a psihanalizei.

A. CINCI TIPURI DE RĂSPUNSURI LA O ÎNTREBARE FRECVENTĂ: ESTE PSIHANALIZA O ŞTIINŢĂ?

Sursă de discuţii interminabile, întrebarea privind caracterul ştiinţific al psihanalizei reapare fără încetare. Înainte chiar de a prezenta diferitele răspunsuri date în literatura de specialitate, ni se pare interesant să ne spunem: de ce oare apare atît de des această întrebare?

La colocviul de la Louvain-en-Woluwe, Florence (1988) concluziona privitor la acest subiect, spunînd: „probabil pentru că trebuia să fie în spiritul fondatorului ei" şi pentru că acesta ţinea ca psihanaliza să fie acceptată. Este binecunoscut faptul că Freud a dorit întotdeauna să includă psihanaliza printre ştiinţele naturii (*Naturwissenschaften*), care erau opuse, în vremea aceea, ştiinţelor spiritului (*Geisteswissenschaften*).

La această atitudine ambivalentă a creatorului psihanalizei trebuie adăugat succesul avut de această disciplină şi în special practica extensivă a psihanalizei, dezvoltarea ştiinţelor naturii şi a ştiinţelor umane, apariţia unor noi metode şi tehnici terapeutice. Toate aceste evoluţii au repus periodic în discuţie locul şi statutul psihanalizei, iar interogările privind caracterul său ştiinţific constituie, după părerea noastră, un demers vizînd o mai bună precizare a acestui loc şi statut.

Pentru a simplifica prezentarea, punctele de vedere conţinute în răspunsurile la întrebarea-titlu a acestei secţiuni vor fi prezentate în cadrul a cinci grupări. Pentru fiecare grupare, această „tipologie" nu este ilustrată decît prin punctele de vedere ale anumitor autori. Nu este vorba, deci, de o prezentare exhaustivă[4] şi nici evaluativă a acestor puncte de vedere.

1. *Psihanaliza este o ştiinţă*

Fine (1975) şi Gardner (1979) afirmă că, spre deosebire de behaviorism, care este doar o vulgară tehnologie, lipsită de o

legătură reală cu adevăratul sens al umanului, psihanaliza este o ştiinţă adevărată. În *Psychanalyse, Science, Société*, Legrand (1983) scrie că cei care aderă la opţiunile epistemologiei teoriciste, dezvoltată în special de Althusser, sau care aleg epistemologia kuhniană (Kuhn, 1962)[5], pot considera psihanaliza drept ştiinţă.

Mai recent, Kipman (1989) îşi începea cartea intitulată *Rigoarea intuiţiei* prin această frază : „Psihanaliza este o ştiinţă". După el, psihanaliza ar putea fi prezentată drept o ştiinţă cuantică a gîndirii. Deşi psihanaliza şi fizica cuantică sînt legate între ele printr-o serie de analogii, ele nu sînt totuşi asimilabile una cu cealaltă, întrucît obiectul lor de studiu şi metodele de cercetare diferă foarte mult. Ele s-ar supune, după Kipman, aceloraşi demersuri intelectuale şi ar demonstra împreună profunda revoluţie ştiinţifică ce a marcat începutul secolului al XX-lea.

2. *Psihanaliza este numai parţial o ştiinţă*

În această grupare de răspunsuri privind caracterul ştiinţific al psihanalizei pot fi incluse afirmaţii cum ar fi aceea că psihanaliza este „pe jumătate ştiinţă, pe jumătate altceva" (Paniagua, 1987) sau că psihanaliza nu este în realitate o ştiinţă, ea este „ştiinţa noastră" (Harrison, 1970).

Pentru Saucier (1990), psihanaliza (care nu este nici ştiinţă, nici ideologie) este, înainte de toate, o mişcare terapeutică. Psihanaliza ar avea un nucleu central terapeutic, cu diverse porţiuni periferice : un sector filosofic, un sector literar şi multe altele, printre care şi un sector ştiinţific.

Un alt mod de a concepe relaţiile dintre psihanaliză şi ştiinţă este cel al lui Brodeur (Pelletier *et al.*, 1990), care distinge trei niveluri de cunoaştere : (a) cunoaşterea de către persoana analizată şi audierea imediată de către psihanalist ; (b) cunoaşterea analistului care interpretează, pornind în special de la ceea ce a auzit, dar şi de la scheme teoretice şi (c) cunoaşterea ştiinţifică propriu-zisă, care reia primele două niveluri de cunoaştere pentru a extrage din ele un fel de analiză de conţinut.

3. Psihanaliza este o ştiinţă hermeneutică

Contrar psihologiei, care este o ştiinţă a observaţiei ce vizează faptele de conduită, psihanaliza este o ştiinţă exegetică, adică o hermeneutică, referindu-se la raporturile de sens dintre obiectele substituite şi cele originare (pierdute) ale pulsiunii. Psihanaliza nu este o ştiinţă a naturii şi nu studiază relaţiile dintre cauze şi efecte. Ca hermeneutică, psihanaliza este o explicare a discursului persoanei analizate, o căutare şi o creare de sens. Din această perspectivă hermeneutică, dezvoltată în special de către Ricœur (1965), psihanaliza caută mai curînd să înţeleagă fenomenele decît să le explice sau să le prezică.

4. Psihanaliza nu este o ştiinţă

Conform adepţilor epistemologiei empiriste dintre care Popper (1934)[6] este reprezentantul cel mai remarcabil, psihanaliza trebuie considerată drept o pseudo-ştiinţă.

Popper examinează psihanaliza şi marxismul şi constată surprinzătoarea lor putere explicativă[7] : ele sînt întotdeauna adaptate, întotdeauna confirmate. De aceea, el enunţă criteriul de respingere sau falsificabilitate[8]. Conform acestui criteriu, o teorie nu poate pretinde că are caracter ştiinţific decît dacă îşi poate supune afirmaţiile procedurilor de falsificare empirică. Astfel, criteriul de demarcare dintre ştiinţă şi non-ştiinţă constă în posibilitatea de a formula propoziţii falsificabile. Criteriile de respingere trebuie stabilite din timp : trebuie să existe un acord în privinţa acelor situaţii observabile care, dacă sînt realmente observate, semnifică o respingere a teoriei.

După Popper, psihanaliza cuprinde o strategie „imunizantă" capabilă să integreze, să digere şi să anuleze orice critică ce îi este adresată. Psihanaliza şi-ar confirma progresele conceptuale prin observaţii ce ar conţine aceste progrese, susţinînd că pentru inconştient, contrariile au acelaşi sens.

5. Psihanaliza este altceva

Cu umor sau seriozitate, diverşi autori clasează în mod diferit psihanaliza : „practică delirantă" (Lacan, 1977), „nimic mai mult decît un sistem delirant contagios" (Crews, 1985), „arta de a juca jocul asociaţiei libere, de a crea ceva cu materialele imaginare ale celor doi inconştienţi, ale inconştientului persoanei analizate şi ale analistului" (Brodeur, 1990), „o doctrină în care singurele criterii de referinţă sînt argumentul Autorităţii şi opinia adepţilor" (Van Rillaer, 1982).

B. STUDIUL EMPIRIC AL UNOR COMPONENTE ALE TEORIEI PSIHANALITICE. BILANŢUL CERCETĂRILOR ASUPRA ORALITĂŢII

În mai multe rînduri, Freud a manifestat un fel de ambivalenţă în legătură cu procesul de verificare a diferitelor componente ale teoriei sale. Uneori, scrierile sale pledează în favoarea validării ipotezelor psihanalitice şi a necesităţii experimentării. Astfel, într-un articol despre consecinţele psihologice ale diferenţelor anatomice dintre sexe, Freud (1925) scrie : „Sînt conştient că opiniile mele nu vor putea fi reţinute decît dacă observaţiile mele, bazate pe un număr redus de cazuri, se dovedesc a avea o validitate generală şi ca fiind tipice". În alte situaţii, Freud refuză validarea prin verificări experimentale. Lui Rosenzweig, de exemplu, care îi descrisese experienţele sale de laborator privind refularea, Freud îi răspunde : „Am examinat cu interes studiile dumneavoastră experimentale privind verificarea afirmaţiilor psihanalitice legate de refulare. Nu pot să acord prea multă importanţă acestor confirmări, întrucît bogăţia observaţiilor sigure pe care se sprijină aceste afirmaţii le fac independente de verificările experimentale"[9].

Ambivalenţa lui Freud i-a influenţat, fără îndoială, pe discipolii şi continuatorii săi. Ea a contribuit la structurarea a două poziţii clare privind validarea ipotezelor psihanalitice.

Recent, Van Gijseghem (1990) descria astfel aceste poziţii : (a) validarea ipotezelor psihanalitice trebuie să se facă în şi prin cură (Thomă şi Kächele, 1975 ; Edelson, 1985), pentru a respecta ceea ce Erdelyi (1985) numea „validitate ecologică" ; (b) validarea şi verificarea empirică sînt necesare şi trebuie realizate prin mijloacele tradiţionale ale metodei experimentale, dacă este posibil în laborator şi folosind limbajul universal al matematicii (Kline, 1972 ; Reuchlin, 1972-1973).

O a treia poziţie, mai suplă, care ar putea fi denumită „de compromis", a fost exprimată în cadrul celui de-al treilea seminar al Asociaţiei Psihoterapeuţilor Psihanalişti din Québec, organizat în mai 1989. Această poziţie este conţinută în răspunsul dat de Jean-François Saucier lui Hélène Richard care, în cursul discuţiei organizate după prima masă rotundă (Pelletier *et al.*, 1990) remarca faptul că ipotezele freudiene se bazează pe date culese într-o situaţie de intersubiectivitate, situaţia transfero/contra-transferenţială. În aceste condiţii, metoda experimentală sau ştiinţifică, ce nu lasă loc nici intersubiectivităţii şi nici inconştientului (mai ales al cercetătorului...), apare drept inadecvată. În răspunsul său, Saucier descrie două niveluri de verificare. La primul nivel, cel al interacţiunii concrete pacient-terapeut, adică la nivelul transferului şi contra-transferului, metoda experimentală „nu poate fi eficace, pentru că prezentul interacţional are o complexitate imensă". La al doilea nivel, mai general, mai depărtat de contactul pacient-terapeut, ipotezele formulate de Freud pe baza observaţiilor făcute pe un număr oarecare de pacienţi sînt mai uşor verificabile prin metoda experimentală[10].

Impresionantul volum de cercetări privind validarea şi verificarea empirică a teoriei psihanalitice atestă excepţionala calitate euristică a acesteia. Dintre aceste cercetări, un număr important este consacrat validării conceptului de oralitate, temă aleasă pentru a ilustra, în acest capitol, studiul empiric al anumitor componente ale teoriei psihanalitice.

Stadiul oral sau canibalic este descris de Freud în 1915. Prim stadiu al sexualităţii, el are drept sursă regiunea orală. Obiectul este într-o relaţie strînsă cu alimentarea, iar scopul urmărit este

încorporarea (Laplanche & Pontalis, 1973). Ulterior, în 1924, Abraham diferenţiază, în interiorul stadiului oral, un stadiu precoce al sucţiunii („preambivalent") şi un stadiu sadic-oral care corespunde apariţiei dinţilor. Activitatea de muşcare şi de devorare implică o distrugere a obiectului şi apare ambivalenţa pulsională : libidoul şi agresivitatea sînt îndreptate către acelaşi obiect (Laplanche & Pontalis, 1973). În 1924, Abraham identifică, de asemenea, existenţa unui caracter oral exprimat prin următoarele trăsături : optimism, generozitate, sociabilitate, dependenţă, pasivitate. Acestea ar apărea ca urmare a unei fixaţii în stadiul oral (Abraham, 1965-1966). Numeroşi cercetători au încercat de timpuriu să verifice această teorie[11].

Fisher şi Greenberg (1977) trec în revistă circa treizeci de cercetări şi ajung la următoarele două concluzii : (1) există corelaţii pozitive, reduse însă, între trăsături cum ar fi tendinţa spre activităţi orale (supraalimentare, alcoolism, tabagism), nevoia de a avea contacte sociale, nevoia de aprobare, pasivitate ; (2) nici un argument solid nu sprijină afirmaţia că aceste trăsături se datorează modului în care subiectul a fost hrănit, înţărcat şi satisfăcut „oral" în primii ani ai copilăriei.

Un alt bilanţ, mai recent, al numeroaselor cercetări realizate pentru a valida conceptul de oralitate ne este oferit de Masling (1986)[12]. Studiile efecutate pe pacienţi din Buffalo, spitalizaţi (Bertrand & Masling, 1969) sau externi (Weiss & Masling, 1970) şi pe pacienţi italieni spitalizaţi în servicii de psihiatrie (Tognazzo, 1970) au arătat că alcoolicii oferă mai multe răspunsuri de tip oral la testul Rorschach decît pacienţii din loturile de control.

În prima dintre aceste cercetări, Bertrand şi Masling au studiat arhivele spitalului V.A. din Buffalo şi au putut localiza dosarele a 20 de pacienţi neuropsihiatrici, al căror diagnostic principal era alcoolismul. Protocoalele de răspuns la testul Rorschach au fost ulterior minuţios comparate cu cele ale unui grup de control de 20 de pacienţi ne-alcoolici. Aceste protocoale fiind completate anterior studiului lui Bertrand şi Masling, examinatorii (26 de psihologi în total) nu au putut fi influenţaţi de ipoteza studiului. După eliminarea din protocoale a tuturor răspunsurilor legate de

alcool şi de actul de a bea, autorii cercetării au găsit că pacienţii alcoolici au dat semnificativ mai multe răspunsuri orale decît subiecţii din lotul de control, fapt ce poate fi atribuit în principal unui subgrup de zece subiecţi care au dat în mod frecvent răspunsuri de tip oral.

Studiul unor subiecţi obezi israelieni şi americani (Masling *et al.*, 1967 ; Weiss & Masling, 1970) arată că aceştia dau mai multe răspunsuri de tip oral decît subiecţii de control. Aceste rezultate nu au fost confirmate de cercetarea lui Zechowy (1969). În plus, scorurile orale ale pacienţilor ulceroşi au fost şi ele superioare celor ale unui lot de control (Weiss & Masling, 1970). În fine, o cercetare asupra tabagismului, realizată de data aceasta pe femei, nu a pus în evidenţă niveluri mai ridicate de răspunsuri de tip oral la testul Rorschach.

Comentînd aceste rezultate, Masling (1986) remarcă faptul că ele nu ne permit să precizăm care a apărut prima : tulburarea fizică sau caracteristica personalităţii ? Conform teoriei psihodinamice, fiecare tulburare este rezultatul unei dinamici a personalităţii anterioare, dar datele corelaţionale culese în cercetările citate nu permit testarea ipotezei genetice. Concluzia care poate fi totuşi extrasă din toate studiile trecute în revistă este faptul că descrierea psihanalitică a caracteristicilor orale la persoanele alcoolice şi obeze pare a fi adecvată.

O altă categorie de cercetări se referă la corelaţiile comportamentale ale oralităţii. Studiile sintetizate de Masling (1986) arată că persoana de tip oral prezintă o serie de caracteristici care pot fi descrise drept o tendinţă de orientare spre ceilalţi : o asemenea persoană crede că sprijinul extern este vital pentru supravieţuire ; ea atinge fizic oamenii mai uşor decît ceilalţi ; în plan interpersonal, percepţiile sale sînt mai exacte ; activitatea sa vegetativă scade în situaţii stresante, datorită simplei prezenţe a altor persoane ; este mai interesată de consultarea unui consilier ; consideră tratamentul psihanalitic mai atrăgător ; tinde să fie mai flexibilă cu regulile şi regulamentele ; într-un grup mic, se alătură judecăţilor celorlalţi ; apreciază eforturile liderului grupului[13].

În comparaţie cu rezultatele privind aspectele abordate pînă acum, rezultatele cercetărilor care au urmărit să verifice faptul că oralitatea conduce la comportamente de dependenţă sînt mai contradictorii. Masling (1986) notează că subiecţii care oferă un număr mai ridicat de răspunsuri de tip oral la testul Rorschach cred mai mult în Dumnezeu sau în viaţa de după moarte. Alte cercetări, pe care le citează în sinteza sa, arată că, deşi uneori subiecţii „orali" se supun opiniilor celorlalte persoane, aceasta nu constituie o regulă. S-a stabilit, de asemenea, că atunci cînd au de rezolvat o sarcină dificilă, subiecţii orali stabilesc mai frecvent un contact vizual cu examinatorul. Această ultimă cercetare (Shilkret şi Masling, 1981) indică, totuşi, că cererea directă de ajutor nu este mai frecventă la subiecţii orali. Toate aceste cercetări sugerează că prezenţa comportamentelor de dependenţă, slăbiciune, neputinţă nu constituie o caracteristică centrală a personalităţii orale. În acest context, Masling (1986) citează datele obţinute de Juni şi Nelson (1984), care arată că persoanele care dau mai multe răspunsuri orale la Rorschach sînt mai curînd imature, lipsite de siguranţă, mai triste, mai depresive şi preferă muzica tristă.

Deşi cercetările trecute în revistă de Masling (1986) aduc argumente empirice în favoarea caracterologiei freudiene, trebuie menţionate două limite privind această concluzie. În primul rînd, faptul că în cercetările respective, oralitatea este definită pe baza răspunsurilor de tip oral oferite la testul Rorschach[14]. Există în literatură şi alte definiţii operaţionale ale oralităţii (Masling & Schwartz, 1979), dar acestea sînt relativ independente unele de celelalte. Masling (1986) insistă în special pe faptul că scorul la un test de evaluare a caracteristicilor orale unde subiectul trebuie să răspundă în termeni de „adevărat/fals" nu se poate compara cu o măsurare proiectivă a oralităţii. De asemenea, trebuie subliniat că diferitele măsuri proiective ale oralităţii nu conduc la rezultate identice.

A doua limită decurge din diferenţele legate de sex, diferenţe notate de altfel şi în alte studii privind personalitatea. Descrierea oferită de Masling a caracteristicilor comportamentului oral sau ale personalităţii orale se bazează, în mare măsură, pe rezultate

obţinute cu subiecţi bărbaţi. Întrebarea privind prezenţa aceloraşi caracteristici la femei nu a primit, pînă acum, decît puţine răspunsuri.

REZUMAT

Abordarea psihanalitică are o importanţă capitală. Acest lucru este valabil, din motive diferite, atît pentru partizanii ei cît şi pentru adversari sau pentru cei care se situează între aceste două poziţii extreme.

În ciuda imensităţii operei psihanalitice, unele contribuţii ale abordării psihanalitice în psihopatologie au o semnificaţie deosebită : importanţa trecutului personal, a sexualităţii, a experienţelor individuale şi faptul de a concepe boala mintală dintr-o perspectivă funcţională, ca o tentativă de ajustare, de rezolvare a unor probleme care nu au putut fi rezolvate într-o altă manieră, mai satisfăcătoare.

Prima secţiune a capitolului este consacrată răspunsurilor privind problema caracterului ştiinţific al psihanalizei. Punctele de vedere cuprinse în aceste răspunsuri sînt grupate în cinci categorii : (1) psihanaliza este o ştiinţă ; (2) psihanaliza este parţial o ştiinţă ; (3) psihanaliza este o ştiinţă hermeneutică ; (4) psihanaliza nu este o ştiinţă ; (5) psihanaliza este altceva.

A doua parte a capitolului abordează studiul empiric al anumitor componente ale teoriei psihanalitice. Sînt descrise trei poziţii privind validarea ipotezelor psihanalitice : (a) validarea trebuie să se realizeze în şi prin cură ; (b) validarea şi verificarea empirică sînt necesare şi trebuie realizate prin mijloacele tradiţionale ale metodei experimentale ; (c) studierea empirică trebuie să ţină cont de existenţa mai multor niveluri de verificare (de exemplu, faptul că la nivelul interacţiunii pacient-terapeut, metoda experimentală nu poate acţiona în mod eficace). Această parte a capitolului conţine şi un bilanţ al cercetărilor privind oralitatea. Aceste cercetări aduc în general argumente empirice în favoarea caracterologiei freudiene.

NOTE

1. Psihanaliza reprezintă o metodă de investigare, o metodă psihoterapeutică şi un ansamblu de teorii psihologice şi psihopatologice în care sînt sistematizate datele obţinute prin metoda psihanalitică de investigare şi tratament (Laplanche & Pontalis, 1973).

2. În bibliografia volumului de față, lucrările lui Freud sînt datate în funcție de anul apariției traducerilor franceze.

3. Acest text, redactat în 1964 și publicat în engleză într-o formă diferită în 1966 este reprodus în volumul *La Folle du logis. La psychanalyse comme science exacte* (Lagache, 1986). Concluziile lui Lagache sînt următoarele : „psihanaliza este o știință exactă, cel puțin în regiunile izolate sau confluente ale rezultatelor sale ; aparenta inexactitate provine în principal din enormitatea volumului de material de tratat, din supraestimarea și subestimarea fantasticului".

4. Această prezentare lasă deoparte o discuție privind definiția științei și a criteriilor de stabilire a caracterului științific.

5. Traducerea franceză a lucrării lui Kuhn, *The Structure of Scientific Revolution*, a apărut în 1970, la editura Flammarion. După Kuhn, oamenii de știință nu sînt preocupați de critica propriilor teorii. Ceea ce îi preocupă este mai ales faptul de a privi lucrurile în lumina teoriilor lor, de a explica realitatea cu ajutorul paradigmei lor, de a introduce realitatea în paradigma lor. Deși respinge criteriul de falsificabilitate al lui Popper, teoria lui Kuhn nu afirmă că știința ar fi un discurs care permite să spui orice.

6. Marea lucrare a lui Popper, *Logik der Forschung* (1934), a fost tradusă în franceză și publicată la editura Payot în 1973.

7. Popper scrie că „psihanaliza poate explica totul, dar nu poate face predicții". El ridică astfel o altă problemă, aceea a insuficienței predictive.

8. Ladrière (1988) definește astfel criteriul de falsificabilitate : „vom spune că o propoziție este acceptabilă ca propoziție științifică, dacă și numai dacă este posibilă, în circumstanțe corespunzătoare, stabilirea eventuală a falsității sale, demonstrînd în mod empiric faptul că cel puțin una dintre consecințele care ar putea fi derivate din ea nu concordă cu datele disponibile (sau cel puțin cu ceea ce comunitatea științifică acceptă să recunoască drept «date» suficient de bine stabilite în raport cu o stare dată a cercetării)".

9. Această scrisoare este citată de MacKinnon și Dukes (1962).

10. Saucier notează că metoda experimentală, departe de a fi fixată în manieră definitivă, este în plină evoluție. În acest context, el adaugă : „Mi se pare esențial ca psihanaliștii să contribuie la conferirea metodei științifice a unui caracter din ce în ce mai subtil, astfel încît ea să poată fi aplicată cu succes unor domenii foarte complexe, cum ar fi situațiile intersubiective, inclusiv relația dintre analist și pacient".

11. Van Rillaer (1982) notează că psihologii contemporani preferă opoziției oralitate-analitate, contrastul extraversiune-introversiune. El subliniază în special faptul că legăturile dintre trăsăturile „extravertite" (sociabilitate, activitate, vivacitate, impulsivitate) sînt mai puternice decît între trăsăturile „oralității".

12. Joseph Masling, de la State University of New York (din Buffalo) a coordonat redactarea a două volume, apărute în 1983 şi 1986, consacrate bilanţului unei importante serii de studii empirice ale teoriilor (la plural) psihanalitice. În primul volum, unul dintre cele mai pasionante capitole, cel redactat de Greenberg şi Fisher, este consacrat diferenţelor sexuale. Verificarea ideilor freudiene în acest domeniu specific arată că teoria psihanalitică este compusă din afirmaţii cu grade diferite de validitate. O cercetare foarte sofisticată, implicînd evaluări multiple, arată că, în contradicţie cu ipoteza lui Freud, bărbaţii sînt aceia care pe durata copilăriei, adolescenţei sau a vîrstei adulte prezintă o mai mare anxietate şi un mai mare disconfort legat de propriul corp. Discutînd acest rezultat neaşteptat, Saucier (1990) avansează ipoteza (de verificat!) că ar fi mai angoasant să fii castrabil decît castrat.

13. Relaţia dintre prezenţa unui comportament antisocial şi un procent mai ridicat de răspunsuri orale este prezentă într-un singur studiu. Kertzman (1978) găseşte că părinţii acuzaţi de abuzuri fizice la adresa copiilor lor dau un număr semnificativ mai mare de răspunsuri orale, comparativ cu lotul de control compus din părinţi care ajung în faţa tribunalului de familie din cauze non-criminale.

14. Masling *et al.* (1987) au utilizat, într-o singură cercetare, testele Rorschach şi TAT. O corelaţie semnificativă (0,58) a fost obţinută între scorurile orale la cele două teste. Cu toate acestea, Masling *et al.* notează că specificitatea stimulilor conţinuţi în itemii fiecărui test poate determina diferenţe privind răspunsurile date. Ar fi deci justificată precizarea întotdeauna a instrumentului utilizat pentru a evalua oralitatea.

CAPITOLUL 13

Psihopatologie socială

Expresia **psihopatologie socială** este foarte puţin utilizată, iar domeniul specific al acestei abordări este inclus în mod implicit, de majoritatea autorilor, în cel al **psihiatriei sociale.** În publicaţiile de limbă franceză, doar doi autori utilizează expresia de psihopatologie socială sau o formulă similară. Primul este Bastide (1965), care, atunci cînd propune diferenţierea psihiatriei sociale de sociologia bolilor mintale şi de etnopsihiatrie indică fără ambiguitate că prima dintre aceste trei ştiinţe poate fi numită şi psihopatologie socială[1]. Al doilea este Rouault de la Vigne (1970), autorul a două volume de *Elemente de psihopatologie medico--socială*. În acest cadru poate fi citată, de asemenea, crearea în 1975 a Asociaţiei franceze de psihiatrie şi psihopatologie socială, care urmăreşte să stabilească şi să dezvolte contactele între diferitele discipline ştiinţifice şi profesii vizate de psihopatologia socială, precum şi de sociologia bolilor mintale (Chanoit & de Verbizier, 1986)[2].

Aceste fapte justifică necesitatea începerii acestui capitol printr-o scurtă prezentare a marilor etape ale evoluţiei psihiatriei sociale. După Bell şi Spiegel (1966) şi Muñoz (1983), primul care a utilizat, în 1917, expresia de psihiatrie socială a fost Southard (director la Boston Psychopathic Hospital şi fondatorul unuia dintre primele centre ambulatorii pentru bolnavi mintali din Statele Unite). În acest an, în primul număr al revistei *Mental Hygiene*, Southard prezintă o clasificare a specialităţilor din sfera psihiatriei, iar printre ele include şi psihiatria socială, pe care o

consideră drept o specialitate „nouă şi promiţătoare". Interesul acordat psihiatriei sociale se concretizează prin organizarea unor manifestări ştiinţifice din ce în ce mai importante: o masă rotundă organizată în 1924 de Asociaţia americană de psihiatrie[3], o secţiune consacrată psihiatriei sociale la primul congres mondial de psihiatrie (1950) şi organizarea la Londra, în 1964, a primului congres international de psihiatrie socială. La acest congres este creată, sub conducerea lui Joshua Bierer, Asociaţia internaţională pentru psihiatrie socială. Ni se pare important de notat faptul că, în conformitate cu statutul acestei asociaţii, o persoană definită ca pacient face parte, în calitate de membru, din consiliul internaţional al asociaţiei (Carleton, 1977).

Două evenimente editoriale marchează dezvoltarea acestui domeniu: apariţia în 1952 a lucrării lui Maxwell Jones, *Social Psychiatry. A Study of Therapeutic Communities* şi în 1955 a primei reviste de psihiatrie socială (*International Journal of Social Psychiatry*). În Franţa, evoluţia domeniului este jalonată de mai multe lucrări: *Études de psychiatrie sociologique* (Damaye, 1925)[4], *La Psychiatrie sociale* (Baruk, 1955), *Psychiatrie et vie sociale* (Meurice, 1977), *Dictionnaire de psychiatrie sociale* (Bleandonu, 1976) sau *Recherches en psychiatrie sociale* (Chanoit & de Verbizier, 1986).

Această scurtă descriere a principalelor momente ale dezvoltării psihiatriei sociale nu ar fi completă fără a menţiona contribuţiile provenind din cîmpul sociologiei bolilor mintale (Bastide, 1965; Dufrancatel, 1969) sau al socio-psihanalizei, dezvoltată, începînd din 1968, pornind de la opera lui Mendel şi, începînd din 1971, în cadrul grupurilor socio-psihanalitice.

În faţa acestor fapte, devine importantă întrebarea privind motivele acestei dezvoltări considerabile a psihiatriei sociale. Este vorba, desigur, de o conştientizare a limitelor unui punct de vedere strict medical privind tulburările psihiatrice. Un răspuns destul de complet la această întrebare ne este oferit de Bleandonu (1976) în finalul introducerii la *Dictionnaire de psychiatrie sociale*: „continuăm să vorbim despre psihiatrie socială pentru că mulţi refuză o psihiatrie adecvată caracteristicilor economice,

culturale şi sociale ale societăţilor industriale avansate. Nu există psihiatrie care să nu fie socială ; singurele variaţii sînt cele care ţin de modul de conştientizare şi de luare în consideraţie a acestui adevăr".

Deşi cîmpul psihiatriei sociale include, de fapt, domeniul a ceea ce s-ar numi psihopatologie socială, este imperios necesară o definire a obiectului de studiu al acesteia din urmă. Pentru noi, psihopatologia socială are două principale obiecte de studiu[5] : (1) rolul factorilor sociali în etiologia manifestărilor psihopatologice (sau sociogeneza acestora) ; (2) repercusiunile bolii mintale asupra relaţiilor pacientului cu mediul său social[6]. Acest mod de a concepe psihopatologia socială face ca prevenţia şi terapeutica, abordate dintr-o perspectivă socială, să aparţină psihiatriei sociale. În consecinţă, aspecte cum ar fi terapiile de grup, socioterapia, utilizarea în scopuri terapeutice a mediului ambiant intră în sfera psihiatriei sociale, fapt în acord cu definiţia acesteia dată în al şaptelea raport al comitetului de experţi în sănătate mintală, reunit la Geneva la cererea Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (1958) : „ansamblul de măsuri preventive şi curative care au drept obiect să-l facă pe individ capabil să aibă o viaţă satisfăcătoare şi utilă în cadrul său social"[7].

Dintre numeroasele aspecte care pot ilustra preocupările de cercetare în domeniul psihopatologiei sociale (aşa cum am definit-o mai sus) am ales numai două : (a) cel al relaţiei dintre apariţia tulburărilor mintale şi apartenenţa la o clasă socială şi (b) cel al evoluţiei istorice a morbidităţii psihopatologice. Aceste două teme se înscriu în orientarea „sociogeneza tulburărilor mintale"[8].

A. TULBURĂRI MINTALE ŞI CLASĂ SOCIALĂ

Pentru psihopatolog, eventualele diferenţe privind incidenţa tulburărilor mintale (diferenţe ce pot fi decelate prin compararea unor grupuri constituite în funcţie de criteriul clasei sociale) constituie o sursă de ipoteze etiologice. Apariţia mai frecventă a unei tulburări la persoane situate la unul dintre nivelurile de

stratificare în funcţie de clasele sociale ar putea indica faptul că expunerea la anumite condiţii de viaţă generează sau favorizează manifestarea psihopatologică respectivă.

Primele date importante privind legătura dintre tulburările mintale şi clasa socială provin dintr-un studiu efectuat la Chicago şi publicat în 1939. Autorii lui, Faris şi Dunham, examinează statisticile cazurilor internate pentru prima oară în spital pentru afecţiuni psihiatrice, între anii 1922 şi 1934. Luînd drept criteriu aria urbană în care locuiau aceşti pacienţi înaintea spitalizării, Faris şi Dunham pun în evidenţă o distribuţie în „cercuri concentrice": cea mai mare parte a pacienţilor provenea din centrul oraşului, iar numărul lor scădea pe măsura înaintării spre periferie. Acest mod de distribuţie era valabil pentru diversele categorii diagnostice: schizofrenie, psihoză alcoolică, toxicomanie şi paralizie generală. Faris şi Dunham notează, de asemenea, prezenţa în cazul psihozei maniaco-depresive a unei distribuţii aleatorii, iar pentru psihoza senilă, concentrarea centrală nu era asociată cu o diminuare uniformă spre periferie. Interpretate nu în termeni de arie urbană ci mai curînd în termeni de habitat corelat cu clasa socială de apartenenţă a pacienţilor, rezultatele obţinute indică corelaţia inversă dintre clasa socială (cuantificată în niveluri care merg de la 1=înaltă la 5=joasă) şi incidenţa tulburărilor psihiatrice (cu excepţia psihozei maniaco-depresive): cu cît nivelul clasei sociale este mai coborît, cu atît numărul de internări pentru tulburări mintale este mai ridicat. Pentru Faris şi Dunham, dezorganizarea socială prezentă în anumite zone generează boala mintală, iar incidenţa acesteia este în corelaţie cu dezorganizarea socială.

Aceste rezultate, confirmate de unii cercetători, i-au condus pe Faris şi Dunham la formularea ipotezei producerii sociale a tulburării (*social causation hypothesis* sau *breeder hypothesis*); altfel spus, sociogeneza tulburărilor mintale[9]. Totuşi, datele ulterioare furnizate de un studiu făcut la Detroit l-au determinat pe Dunham (1965) să scrie în volumul *Comunitate şi schizofrenie*: „Nu există nici o bază pentru a afirma că o anumită clasă socială este susceptibilă de a produce mai mulţi schizofreni decît alta...".

Această poziţie este confirmată de alţi cercetători, printre care Levy şi Rowitz (1973)[10].

La un an după apariţia cărţii lui Faris şi Dunham, Myerson (1940) formulează ipoteza derivei sociale (*drift hypothesis*), care susţine că persoanele atinse de schizofrenie (şi probabil şi de alte boli mintale) „se prăbuşesc" sau „alunecă" spre partea de jos a structurii sociale, drept rezultat al incapacităţii lor de a face faţă problemelor vieţii de toate zilele. Această ipoteză serveşte pentru explicarea faptului că, în unele cazuri, incidenţa schizofreniei este mai ridicată la subiecţii din clase sociale mai defavorizate[11].

Prezenţa schizofreniei sau a elementelor prodrome ar conduce, conform ipotezei derivei sociale, la o coborîre, la o mobilitate spre partea de jos în ierarhia stabilită în funcţie de clasele sociale. După Eaton (1985), această mobilitate descendentă poate fi **intergeneraţională** (atunci cînd persoana bolnavă este comparată cu părinţii săi) sau **intrageneraţională** (atunci cînd comparaţia implică o studiere longitudinală a aceluiaşi individ).

Studiile disponibile confirmă ipoteza mobilităţii descendente intergeneraţionale. Printre aceste studii, un loc important îl ocupă cercetarea condusă de Goldberg şi Morrison (1963), care studiază un grup de 353 de bărbaţi internaţi în spitalele de psihiatrie din Anglia şi din Ţara Galilor, cu diagnosticul de schizofrenie. Vîrsta pacienţilor, între 25 şi 34 de ani, corespunde vîrstei la care se încheie de obicei formarea profesională. De aceea, se putea presupune că aceste persoane ar fi atins un statut ocupaţional ce nu ar putea fi considerat „final". Goldberg şi Morrison au comparat distribuţia pacienţilor în funcţie de clasa socială căreia îi aparţineau cu distribuţia, în funcţie de acelaşi criteriu, a taţilor pacienţilor (luînd în calcul clasa lor socială la momentul naşterii copilului lor – viitor pacient) şi, respectiv, cu cea a populaţiei generale. Distribuţiile menţionate au fost realizate utilizînd un sistem de clasificare în cinci clase, unde prima clasă corespundea nivelului celui mai înalt, iar a cincea, nivelului celui mai coborît. Comparaţia efectuată arată, pe de o parte, că un mare număr de pacienţi se află situaţi în clasa socială 5, iar pe de altă parte, că distribuţia taţilor era identică celei a populaţiei generale. Aceste

rezultate sprijină puternic ipoteza unei mobilităţi descendente intergeneraţionale în cazul schizofreniei.

Referitor la ipoteza derivei sau mobilităţii sociale, mai mulţi autori vorbesc despre ipoteza **selecţiei sociale**. Aceasta ar fi un proces care ar face ca unele persoane (datorită caracteristicilor lor cum ar fi vîrsta, sexul, trăsăturile de personalitate sau predispoziţia psihotică) să fie selecţionate pentru a lucra în anumite grupuri profesionale sau pentru a locui în anumite zone urbane etc. Acest concept este considerat de Levy (1974) nu doar cu mult mai precis, dar şi diferit de cel de derivă, implicînd, cel puţin la anumite persoane, o mişcare adaptativă conştientă şi nu doar o derivă pasivă de-a lungul structurii sociale.

B. ANALIZA VARIAŢIILOR ISTORICE ALE DATELOR EPIDEMIOLOGICE

Observarea modificărilor în timp ale incidenţei şi prevalenţei tulburărilor psihopatologice este deosebit de interesantă întrucît permite formularea de ipoteze referitor la relaţiile acestor modificări cu schimbările sociale (industrializarea sau urbanizarea, de exemplu) prezente în perioada respectivă.

Apariţia unor astfel de modificări nu a fost raportată de toţi autorii care au examinat această problematică. Astfel, în lucrarea probabil cel mai des citată (o monografie intitulată *Psihoză şi Civilizaţie*), Goldhammer şi Marshall (1953) notează că în Massachusetts, frecvenţa tulburărilor psihotice fără afectare organică majoră nu s-a modificat în decursul unei perioade de circa 100 de ani[12], caracterizată printr-o industrializare masivă. Pe o perioadă aproximativ egală, Krupinski (1979) constată că nu există nici o legătură între evoluţia procesului de urbanizare în statul Victoria (Australia) şi frecvenţa tulburărilor psihiatrice şi psihosociale observate în acest stat.

Alte rezultate, mult mai numeroase, tind totuşi să confirme existenţa unei relaţii între variaţiile morbidităţii tulburărilor psihopatologice şi schimbările sociale. Pentru a ilustra acest tip de rezultate, trei teme vor fi abordate pe scurt : suicidul, schizofrenia

şi problematica subiacentă cererilor de consultaţie psihologică şi psihiatrică.

1. Suicidul

Într-un articol consacrat istoriei suicidului, Rosen (1971) notează că acesta era atît de răspîndit în Anglia la mijlocul secolului al XVIII-lea, încît mulţi îl considerau o urgenţă naţională. Problema nu era de o importanţă mai redusă în restul Europei, perioada respectivă corespunzînd aşa-numitei „revoluţii industriale precoce". Au fost astfel stabilite legături între această etapă a dezvoltării sociale şi creşterea incidenţei suicidului. Ulterior, legătura stabilită între suicid şi tulburările mintale a condus discuţia în direcţia, mai vastă, a relaţiei dintre civilizaţie şi nebunie, şi a rolului pe care îl pot juca factorii de stres social în apariţia manifestărilor psihopatologice.

Datele culese de Krupinski (1979) pentru statul Victoria (Australia) arată că incidenţa suicidului la bărbaţi era cu mult mai ridicată în decursul celei de-a doua jumătăţi a secolului al XIX-lea, decît în orice alt moment al secolului XX. Această constatare sugerează existenţa unei legături între urbanizare şi suicid. Într-o lucrare consacrată suicidului şi tentativelor de suicid, Strengel (1964) atribuia incidenţa mai ridicată a acestor fenomene în mediul urban unei mai mari izolări sociale şi anonimatului vieţii în marile metropole, situaţie contrastantă cu reţelele sociale dense, caracteristice structurii sociale a satelor. Totuşi, faptul că în Danemarca incidenţa suicidului a fost foarte ridicată cu mult înainte de dezvoltarea urbanizării şi industrializării, sau că în Norvegia frecvenţa sa a scăzut în ciuda urbanizării şi industrializării (Labovitz, 1968), arată că factorii sociali legaţi de suicid sînt mai complecşi decît simpla dihotomie urban-rural sau industrializat-neindustrializat.

Într-o cercetare dintre cele mai complete, efectuată pentru a încerca să depăşească limitele studiilor precedente, Sainsbury (1986) a examinat nivelul a 15 variabile sociale, măsurate în 18 ţări,

pentru anii 1961-1963 şi 1972-1974. Acest studiu a arătat că suicidul creşte simultan cu creşterea anomiei[13] şi a abundenţei (măsurată prin procentajul proprietarilor de televizoare). Pentru ambele sexe, suicidul creşte o dată cu numărul femeilor angajate. Şomajul (şi mai precis pierderea locului de muncă) şi schimbările ce conduc la o sărăcie relativă sînt de asemenea asociate cu niveluri ridicate ale suicidului. O analiză statistică de tipul ecuaţiei de regresie a fost realizată pentru a prezice frecvenţa suicidului în cele 18 ţări europene luate în calcul. În cursul acestei analize s-a ţinut seama de următoarele cinci variabile: (a) procentul de divorţuri; (b) procentul de şomeri[14]; (c) procentul crimelor; (d) procentul de femei angajate; (e) procentul persoanelor cu vîrsta de peste 15 ani. Predicţiile realizate pe baza acestui procedeu au fost ulterior comparate cu frecvenţele reale observate în ţările studiate. Rezultatele obţinute sînt frapante: predicţia statistică a corespuns realităţii. Dacă Anglia şi Grecia prezentau o scădere a frecvenţei suicidului, celelalte ţări europene (mai ales Polonia, Olanda, Danemarca, Irlanda şi Ungaria) se caracterizează printr-o creştere a acestei frecvenţe. Studiul lui Sainsbury (1986) arată în mod clar că incidenţa suicidului se află în relaţie cu mai multe variabile sociale, care pot fi utilizate ca predictori ai acesteia.

2. *Schizofrenia*

Pînă spre secolul al XVIII-lea, spre deosebire de psihoza maniaco-depresivă, schizofrenia era rară în Europa şi în America. Aceasta este teza susţinută de Torrey (1980) în lucrarea sa intitulată *Schizofrenie şi Civilizaţie*, unde notează şi faptul că schizofrenia este absentă în descrierile tulburărilor mintale realizate în antichitatea greacă şi romană. Jeste *et al.* (1985) susţin că toate acestea pot fi explicate nu doar prin absenţa unei terminologii adecvate pentru descrierea schizofreniei, ci în special prin faptul că în acea vreme, schizofrenia nu se făcea decît foarte puţin remarcată în plan social. În plus, aceşti autori găsesc relatări vechi ce ar reprezenta, după ei, descrieri ale schizofreniei. Aceste documente provin din India şi Marea Britanie, datînd respectiv din secolul I d.H. şi din Evul Mediu. Este actualmente dificil de

stabilit într-o manieră definitivă dacă acum circa două sute de ani schizofrenia era rară sau nu exista deloc. Dificultăţile inerente analizei acestei teze sînt menţionate de Hare (1983), care într-o conferinţă ţinută la Maudsley, în 1982, examinează dovezile în favoarea celor două puncte de vedere contrare: (a) începînd cu secolul al XVIII-lea, incidenţa schizofreniei a crescut; (b) incidenţa schizofreniei a fost constantă, dar datorită factorilor de tip nozocomial[15] care s-au manifestat în decursul secolului al XVIII-lea, a existat o creştere indubitabilă a internărilor în aziluri sau spitale psihiatrice[16].

Cooper şi Sartorius (1977) propun o ipoteză explicativă care sugerează că mărirea frecvenţei schizofreniei ar fi legată de diferiţi factori asociaţi industrializării: preponderenţa în marile comunităţi urbane a familiilor nucleare; specializarea muncii şi rolurilor sociale; supravieţuirea unui număr mai mare de bebeluşi şi copii, dintre care unii cu o vulnerabilitate mărită la schizofrenie; recunoaşterea faptului că tulburările mintale sînt distincte de bolile fizice. Contrar punctului de vedere conform căruia schizofrenia a fost întotdeauna prezentă iar incidenţa sa nu s-a modificat prea mult, această ipoteză a „epidemiei lente" explică între altele de ce pronosticul schizofreniei este mai bun în ţările în curs de dezvoltare (Organizaţia Mondială a Sănătăţii, 1979; Sartorius *et al.*, 1987). Într-adevăr, structurile sociale şi familiale prezente în societăţile preindustriale şi în ţările în curs de dezvoltare de astăzi exercită un efect favorabil asupra pacienţilor suferind de schizofrenie. Transformările legate de industrializare fac imposibilă manifestarea unor astfel de efecte pozitive.

3. Schimbări în problema subiacentă cererii de consultaţii psihologice şi psihiatrice

Samitca (1982) observa că începînd cu 1960, modificări cantitative şi calitative ale morbidităţii au putut fi observate progresiv în practica psihiatrică occidentală. Aceste modificări se referă la o diminuare a nevrozelor clasice, o creştere importantă a tulburărilor de caracter şi de personalitate, o puternică

creştere a stărilor depresive nepsihotice şi apariţia unor noi categorii de cereri de servicii psihiatrice (de exemplu, persoane ce prezintă tulburări emoţionale apărute la trecerea dintr-o categorie de vîrstă în alta).

Pentru a explica aceste schimbări, Samitca propune o conceptualizare sistemică şi nu deterministă liniar. În acest cadru, el descrie un „nou triunghi" constituit din următoarele elemente aflate în interacţiune: individul (elementele stresante intra- şi/sau extrapersonale) şi factorii de protecţie antistres. Tulburările psihice şi/sau emoţionale ar fi rezultanta întîlnirii unei persoane avînd pragul său de vulnerabilitate şi tipul său de vulnerabilitate, cu factori de suprasolicitare (stres), în absenţa factorilor de protecţie antistres (sau atunci cînd aceştia sînt insuficienţi). Toate acestea conduc la o disfuncţie-prăbuşire a „apărărilor" şi „mecanismelor de ajustare" (*coping-mechanisms*)[17], avînd drept rezultat o stare de decompensare nespecifică (stare de criză) sau specifică.

La baza tuturor acestor schimbări, Samitca pune modificările socio-culturale proprii civilizaţiei/culturii post-industriale la care au ajuns diferite ţări. După el, principalele caracteristici ale societăţii/culturii post-industriale sînt: (a) intensa predominare a sectorului terţiar de activitate şi reducerea la un minim operaţional al celui primar; (b) o urbanizare masivă; (c) o mare mobilitate geografică; (d) o nuclearizare a familiilor şi apariţia din ce în ce mai frecventă a fragmentelor de familie; (e) o abundenţă de bunuri şi servicii; (f) o prezenţă masivă şi intensă a mijloacelor electronice; (g) o creştere foarte mare a timpului liber şi, în fine, ca un corolar, (h) un nivel foarte ridicat al anomiei, care are particularităţile a ceea ce Simon şi Gagnon (1976) numeau „anomia abundenţei". Această societate post-industrială este, după cum scrie Samitca, „o societate mobilă, fragmentată, anonimă, individualistă şi «eliberată» de grijile materiale cotidiene, dar cu lipsuri mult mai mari, care nu generează frică ci angoasă, eliberată de crestele tăioase ale normelor constrictive, dar alunecînd pe pereţii netezi ai ambiguităţii...".

Modificările socio-culturale menţionate generează schimbări cantitative şi calitative ale morbidităţii psihopatologice, acţionînd

în special asupra condiţiilor de creştere a copiilor şi asupra începutului socializării acestora. Pe de altă parte, dacă în plan material viaţa a devenit mai uşoară, efortul psihologic solicitat în permanenţă persoanelor ce trăiesc într-o societate/cultură post-industrială pentru a face faţă diferitelor probleme cotidiene a crescut mult din cauza unui număr mult mai mare de opţiuni, a lipsei unor repere clare, a faptului că în caz de eşec individul se simte mai mult sau mai puţin singur etc. În aceste condiţii, stresul psihologic depăşeşte adesea, pe durate mai mari sau mai mici, capacitatea de ajustare a acestor persoane.

REZUMAT

Psihopatologia socială are două obiecte de studiu principale: (1) rolul factorilor sociali în etiologia manifestărilor psihopatologice (sau sociogeneza acestora); (2) repercusiunile bolii mintale asupra relaţiilor pacientului cu mediul său social.

În acest capitol, două teme de cercetare ilustrează preocupările specifice cîmpului psihopatologiei sociale. Prima este cea a relaţiei dintre apariţia tulburărilor mintale şi apartenenţa la o clasă socială. Datele disponibile – şi în special cele obţinute în cercetarea lui Goldberg şi Morrison (1963) – tind să sprijine ipoteza „derivei sociale", care afirmă că persoanele atinse de schizofrenie (şi probabil şi de alte tulburări mintale) alunecă spre partea de jos a structurii sociale, ca rezultat al incapacităţii lor de a face faţă problemelor cotidiene.

A doua temă abordată este variaţia istorică a datelor epidemiologice. Observarea unor astfel de modificări permite formularea unor ipoteze privind relaţiile dintre ele şi schimbările sociale observate în perioada respectivă. Rezultatele obţinute pînă acum arată că astfel de relaţii există, de exemplu, în cazul suicidului şi al schizofreniei.

NOTE

1. În textul respectiv, Bastide scrie: „psihiatria socială propriu-zisă sau psihopatologia socială".
2. Sub egida acestei asociaţii este publicată colecţia *Psychiatrie et société*, coordonată de Paul Sivadon.

3. Expresia „psihiatrie socială” dispare complet între 1925 şi 1939 din literatura psihiatrică americană. Ea reapare începînd din 1940 şi cunoaşte un mare succes (Bell & Spiegel, 1966).

4. Heuyer (1970) citează această lucrare în prefaţa sa la cele două volume ale lui Rouault de la Vigne.

5. Acest mod de a concepe psihopatologia socială este foarte asemănător cu cel al lui Heuyer (1970), care scria că există două moduri de a privi raporturile dintre psihopatologie şi mediul social : (a) un punct de vedere „clasic”, ce constă în studierea repercusiunilor bolii mintale asupra legăturilor bolnavului cu mediul său (familial, profesional, comunitar) şi (b) analiza condiţiilor de viaţă care explică, în afara eredităţii, boala mintală.

6. Această idee trebuie interpretată, după cum menţiona Crocq (1986), în sensul că tulburările psihopatologice reprezintă conduite semnificative pentru mediul uman al subiectului, ceea ce ne pune în faţa unei „semiologii” relaţionale.

7. În articolul consacrat istoricului noţiunii de „psihiatrie socială”, Bell şi Spiegel (1966) subliniază că este dificil de găsit o coerenţă a acestui domeniu. Această constatare este ilustrată de faptul că, în primul număr al *International Journal of Social Psychiatry*, Rennie (1955) (pe vremea aceea profesor de psihiatrie socială la Cornell University Medical College) dă o definiţie a psihiatriei sociale care contrastează cu cea propusă de Lord Johnson în prezentarea revistei şi cu cea utilizată de alţi colaboratori din Marea Britanie, cum ar fi Joshua Bierer sau John Custance.

8. Orientarea privind repercusiunile bolii mintale asupra relaţiilor pacientului cu mediul său social nu este abordată în acest capitol. Printre diferitele teme care se înscriu în această a doua orientare pot fi citate teoria reacţiei sociale (Scheff, 1966, 1979 ; Murphy, 1976), conform căreia reacţiile societăţii la devianţă explică menţinerea acesteia (sau, cum se spune adesea, o „carieră” a devianţei). Teoria etichetării se centrează pe eticheta pe care societatea o aplică unui comportament deviant. Această abordare include studiul factorilor care determină „recunoaşterea” şi etichetarea ulterioară a actului deviant (Edgerton, 1969), precum şi efectele etichetei asupra deviantului şi asupra celor care reacţionează la persoana deviantă.

9. Pentru a explica incidenţa sau prevalenţa mai ridicată a schizofreniei la persoanele aparţinînd unei clase sociale mai defavorizate, au fost propuşi mai mulţi factori : îngrijiri obstetricale şi materne deficitare, responsabile de apariţia leziunilor fetale (Pasamanick & Knobloch, 1966), stres recurent sever, beneficii secundare sporite (Dohrenwend şi Dohrenwend, 1969), sprijin social mai redus etc.

10. Rezultatele acestor doi autori, publicate într-un volum privind ecologia tulburărilor mintale, indică o distribuţie aleatorie, în oraşul Chicago, a domiciliilor pacienţilor spitalizaţi pentru prima oară cu diagnosticul de

schizofrenie. În acest caz, nu ar exista o legătură între clasa socială şi incidenţa schizofreniei.

11. Trei studii epidemiologice importante, realizate la începutul anilor '50 în diferite localităţi din America de Nord, au demonstrat existenţa unei relaţii inverse între clasa socială şi frecvenţa tulburărilor psihopatologice. Este vorba despre studii efectuate la New Haven (Redlich *et al.*, 1953), în regiunea Stirling, în Noua Scoţie (Leighton, 1959) şi în Manhattan (Strole *et al.*, 1962). Dintre cele şapte anchete privind prevalenţa schizofreniei analizate de Dohrenwend şi Dohrenwend (1969), cinci pun în evidenţă o relaţie inversă între clasa socială şi prevalenţa bolii. O relaţie de acelaşi tip (implicînd însă incidenţa cazurilor tratate) este observată de Eaton (1985) în 15 din cele 17 studii pe care le trece în revistă.

12. Datorită caracterului nesigur al datelor pe care se bazează acest studiu, Wing (1976) repune în discuţie concluziile la care ajung Goldhammer şi Marshall.

13. Anomia este un concept sociologic creat de Durkheim. La Durkheim, anomia este văzută cu două sensuri diferite. În lucrarea sa *De la division du travail social*, Durkheim defineşte anomia ca fiind răul de care suferă o societate în ansamblul ei din lipsa regulilor morale şi juridice care îi organizează economia. În lucrarea sa consacrată suicidului, Durkheim insistă pe un alt aspect al anomiei : relaţia individului cu normele societăţii sale şi modul de interiorizare a acestora.

14. Raportul dintre şomaj şi suicid a făcut obiectul a numeroase studii. Într-o sinteză a literaturii consacrate impactului şomajului asupra confortului psihic şi sănătăţii mintale, Fortin (1983) prezenta 45 de studii. Într-una dintre cele mai interesante cercetări pe această temă, Boor (1980) constata că în patru ţări (Canada, Franţa, Japonia, Statele Unite), variaţiile anuale ale frecvenţei suicidului între 1962 şi 1976 prezentau corelaţii semnificative cu variaţiile anuale ale şomajului. În cazul Germaniei şi Suediei, Boor notează o tendinţă în aceeaşi direcţie. Relaţia descrisă este practic absentă în cazul Italiei (unde se constată o evoluţie eratică a şomajului). În Marea Britanie, relaţia între şomaj şi suicid este semnificativă, dar negativă. Trebuie însă notat că în cursul perioadei studiate de Boor, numărul tentativelor de suicid nereuşite a crescut de fapt în Marea Britanie (Brown, 1979).

15. Adjectiv ce se referă la ceea ce ţine de spitale sau are legătură cu aceste instituţii.

16. Torrey şi Hare observă o altă schimbare survenită în secolul al XX-lea, cea privind manifestările clinice ale schizofreniei : diminuarea severităţii sale (Ødegård, 1967) şi reducerea frecvenţei catatoniei.

17. Aceste mecanisme pot fi definite drept modalităţi conştiente, raţionale, utilizate pentru a învinge anxietatea (mai precis cauza acesteia), anxietate pe care subiectul o resimte în diverse situaţii (Reber, 1985). În *Dictionary of behavioral science* (Wolman, 1989) se diferenţiază trei termeni : (a) ajustarea

(*coping*) care reprezintă, după Lazarus, eforturile adaptative în situaţie de stres, ameninţare sau suferinţă ; (b) comportamentul de a face faţă sau comportament de ajustare (*coping behàvior*) definit, după Maslow, drept o configuraţie comportamentală care facilitează ajustarea la mediu în vederea atingerii unui anumit scop ; şi (c) stil de ajustare (*coping style*), care reprezintă mijloacele prin care o persoană reuşeşte să facă faţă factorilor de stres şi să profite de condiţiile favorabile. Acest stil reprezintă şi organizarea specifică sugerată de diferitele metode utilizate de o persoană în cadrul eforturilor sale adaptative.

CAPITOLUL 14

Psihopatologie structuralistă

Apariţia şi dezvoltarea unei abordări structuraliste[1] a psihopatologiei sînt legate de amploarea extinderii structuralismului, important curent de gîndire al secolului XX. Deşi majoritatea autorilor sînt de acord asupra faptului că nu există un structuralism ci mai multe structuralisme, acestea au un numitor comun şi anume căutarea explicaţiilor prin noţiunea de structură (Birou, 1966). Centrîndu-se pe aspectele pozitive ale noţiunii de structură, Piaget (1970) notează două aspecte comune tuturor structuralismelor: „pe de o parte idealul, sau speranţele de inteligibilitate intrinsecă, fondate pe postulatul că o structură îşi este sieşi suficientă şi nu necesită, pentru a fi sesizată, recurgerea la tot felul de elemente străine naturii sale; pe de altă parte realizările, în măsura în care s-a ajuns să se cunoască efectiv anumite structuri şi în care utilizarea lor pune în evidenţă unele caractere generale şi aparent necesare pe care le prezintă toate, în ciuda varietăţilor lor".

Element central al structuralismului, noţiunea de structură poate fi definită ca fiind „dispoziţia diferitelor părţi ale unui tot" sau „dispoziţia în care părţile sînt dependente de întreg şi deci solidare unele cu celelalte" (Foulquié, 1986). Pentru Piaget (1970), „o structură este un sistem de transformări care prezintă legi în calitate de sistem (în opoziţie cu proprietăţile elementelor sale) şi care se conservă sau se îmbogăţeşte prin însăşi jocul transformărilor sale, fără ca acestea să ajungă în afara frontierelor sale sau să facă apel la elemente exterioare. Într-un cuvînt, o structură

cuprinde astfel cele trei caractere de **totalitate**, **transformare** şi **autoreglare**". Piaget adaugă faptul că descoperirea unei structuri trebuie să poată conduce la o **formalizare.**

În psihologie, termenul de structură a fost introdus de Wilhelm Wundt, fondatorul şcolii structuraliste de psihologie. Pornind de la experienţa personală şi internă a fiecăruia, Wundt încerca să descopere structurile cele mai simple ale spiritului (Trotter & McConnell, 1980). Continuator al lui Wundt, Edward Titchener dezvoltă, în Statele Unite, psihologia structurală[2] şi creează viitoarea şcoală de la Cornell, după numele universităţii unde a fost profesor (Evans, 1977)[3].

Studiind procesele psihologice prin prisma elementelor sau structurilor lor (percepţii, atenţie, memorie, afecte etc.), structuraliştii încercau să stabilească legile gîndirii. Prin intermediul introspecţiei experimentale sistematice, cercetătorii structuralişti au studiat aceste elemente, încercînd apoi să determine cum sînt ele alcătuite şi cum se conectează între ele (Thinès & Lempereur, 1975).

Debuturile abordării structuraliste în psihologie sînt, de asemenea, legate de lucrările şcolii cunoscute sub numele „psihologia gestaltistă" (Koffka, 1935; Köhler, 1947), de la cuvîntul german *Gestalt*, care semnifică „formă", „organizare" sau „configuraţie". „Forma" corespunde manierei în care părţile sînt aranjate în ansamblu. Valoarea fiecărui element este determinată de participarea sa la ansamblu; o dată integrat, el nu mai există decît prin intermediul rolului pe care îl joacă. **Psihologia formei** este mai ales o teorie privind percepţia care se opune fragmentării psihismului în maniera „asociaţioniştilor".

Originile abordării structuraliste în psihopatologie se află, după părerea multora, la Freud[4]. În antologia literaturii structuraliste (De George & De George, 1972), Freud este reprezentat printr-un extras din *Psihopatologia vieţii cotidiene* şi este considerat un precursor al structuralismului actual.

Termenul de structură a fost utilizat pentru a face referinţă la ceea ce am putea numi „materialele de construcţie" ale fenomenelor psihologice, mai curînd decît aspectele organizaţionale

ale acestor fenomene. Siomopoulos (1983) notează că acesta este sensul în care Freud utilizează, în mod ocazional, în scrierile sale de debut, termenul de „structură": „structuri obsesionale", „structura visului", „structura şi funcţiile aparatului psihic"[5]. După Freud au fost deschise noi direcţii de cercetare în psihopatologia structuralistă. Cooper (1977) citează în acest sens contribuţiile a numeroşi autori: Anna Freud, Hartmann, Kris, Loewenstein, Spitz, Mahler, Greenacre, Jacobson, Kernberg, Kohut, Brenner şi Arlow.

În psihopatologie, punctele de vedere structuraliste, precum şi metodologia structuralistă, inspirate de psihologia gestaltistă, au ocupat un loc foarte important în opera lui Kurt Goldstein. Acesta considera orice comportament, normal sau patologic, drept expresia diferitelor modalităţi de funcţionare a organismului, considerat în totalitatea sa, ca întreg.

Influenţat printre alţii de Werner, Piaget şi Goldstein, Arieti a creat o abordare a psihopatologiei pe care a numit-o „structurală" sau „psihostructurală". Această abordare a fost dezvoltată independent şi în direcţii diferite faţă de cea a studiilor lui Lévi-Strauss şi precede aplicarea de către Chomsky a structuralismului în alte domenii de studiu (Arieti, 1974). La început, Arieti a încercat să elucideze mecanismele structurale ale gîndirii schizofrenice. Mai tîrziu, el şi-a extins preocupările la studiul afectivităţii şi cogniţiei la persoanele sănătoase şi al procesului creativităţii (Arieti, 1967).

Beck, autor ale cărui principale contribuţii au fost descrise în capitolul consacrat psihopatologiei cognitiviste, a fost interesat de structura depresiei, mai precis de relaţia dintre cogniţie şi afect. Cogniţiile (gînduri şi imagini vizuale) pacientului se bazează pe structuri cognitive (scheme), adică *pattern*-uri de triere, de diferenţiere şi de codare a stimulilor. Atunci cînd o persoană este confruntată cu o situaţie specifică (stimuli), o schemă legată de această situaţie este activată, iar persoana categorizează şi evaluează situaţia prin intermediul acestei scheme. În consecinţă, răspunsurile comportamentale şi emoţionale sînt determinate de scheme specifice, activate în fiecare situaţie specifică (Beck, 1974).

În Franţa, o serie de contribuţii[6] au fost publicate în colecţia „Psihopatologie structurală", coordonată de Zéna Helman (1973, 1977, 1980, 1984)[7]. Aceste lucrări sînt legate de cursurile ţinute de Zéna Helman la Universitatea din Lille şi de studiile conduse de membrii grupului de cercetare „Rorschach şi psihopatologia fenomeno-structurală".

Pentru Zéna Helman şi echipa sa, psihopatologia structurală (abordare provenită din studiul psihozelor) se ocupă de la începuturile sale de delir, încercînd să identifice natura fenomenelor şi cadrul structural care stau la baza ideilor delirante. Lucrările grupului de la Lille integrează testul Rorschach într-o metodă de analiză structurală a personalităţii şi îl utilizează pentru a aborda probleme de fond, cum ar fi viziunea în imagini.

O altă contribuţie franceză la psihopatologia structuralistă este adusă de Lacan. Acesta insistă pe importanţa limbajului care structurează inconştientul: „inconştientul funcţionează ca un limbaj structurat". În *Formaţiunile inconştientului*, Lacan (1956-1957) scrie pe această temă: „Există o structură omogenă în simptome, vise, acte ratate şi cuvinte de spirit. Sînt prezente aceleaşi legi structurale de condensare şi deplasare[8], care sînt legile inconştientului. Aceste legi sînt aceleaşi cu cele care creează sensul în limbaj". Una dintre tezele importante ale lui Lacan este aceea că mecanismele de formare a inconştientului se asimilează cu cele ale limbajului după două figuri centrale: (a) metaforă sau condensare şi (b) metonimie sau deplasare[9].

Tipul de studiu propus de Lacan a primit numeroase critici, dintre care reproşul principal, menţionat de Godefroy (1983), este acela de a fi „algebrizat" inconştientul. Beauchesne (1986) notează că în direcţia propusă de Lacan s-a încercat definirea principalelor organizări patologice în termeni de structuri (nevrotice, psihotice, de exemplu). Aceste cercetări, conduse de Maud, Mannoni şi Castets, au vizat în special copiii psihotici.

În capitolul de faţă, abordarea structuralistă a psihopatologiei va fi ilustrată prin două teme. Prima este aceea a structurilor psihopatologice. Această temă are o importanţă capitală întrucît, în domeniul psihologiei şi, bineînţeles, al psihopatologiei,

noţiunea de structură nu se mai aplică sistemelor de corelaţie pentru a se aplica semnificaţiilor. Mucchielli (1966), în *Introducere în psihologia structurală*, nota: „O **structură de semnificaţie** este aspectul la care se raportează un element al lumii pentru a dobîndi sens pentru un subiect". Tema structurilor psihopatologice va fi ilustrat pornind de la lucrările lui Bergeret, profesor la Universitatea Lyon-II, asupra structurilor psihotice, nevrotice şi organizărilor stărilor-limită.

A doua parte a acestui capitol va fi consacrată prezentării structurii ideilor delirante, temă abordată îndeosebi într-una din principalele lucrări americane de psihopatologie structuralistă, *Structura experienţei psihopatologice*, elaborată de Siomopoulos (1983), profesor asociat de psihiatrie la Colegiul de medicină al Universităţii din Illinois (Chicago)[10].

A. STRUCTURILE PSIHOPATOLOGICE

În psihopatologia franceză, una dintre principalele contribuţii privind noţiunea de structură provine din lucrările lui Bergeret (1974, 1985). Pentru a descrie această noţiune, Bergeret reia exemplul dat de Freud (1936) în *Noile Conferinţe despre psihanaliză*. „Atunci cînd lăsăm să cadă pe pămînt un bloc de cristale, acesta nu se sparge întîmplător, ci după o serie de linii de clivaj care sînt deja determinate în **structura** blocului respectiv."

Situaţia ar fi aceeaşi pentru structura psihică, organizată, „cristalizată" progresiv în cursul dezvoltării post-natale[11]. Rezultatul ar fi o structură stabilă, de un tip sau altul. Stabilitatea implică imposibilitatea de a trece de la o structură psihopatologică la alta, începînd din momentul în care structura respectivă s-a constituit.

În absenţa unor traumatisme afective, a unor frustrări sau conflicte intense, subiectul nu se va îmbolnăvi. Din contra, în prezenţa unor asemenea evenimente structura s-ar „sparge" după linii de clivaj prestabilite în cursul dezvoltării precoce. Astfel, un subiect cu structură nevrotică nu va putea dezvolta decît o

nevroză. Diagnosticat precoce şi tratat corect, acest subiect se va însănătoşi, menţinînd structura nevrotică, din nou compensată în mod eficace. Boala ar reprezenta deci doar o formă evolutivă a structurii, o „stare de decompensare vizibilă la care a ajuns o structură ca urmare a unei inadaptări a organizării profunde şi fixe a subiectului la circumstanţe noi, interioare sau exterioare, devenite mai puternice decît mijloacele de protecţie de care dispune" (Bergeret, 1974).

Pentru Bergeret există două mari structuri de bază : psihotică şi nevrotică. Direcţia structurală psihotică are ca punct de pornire frustrări foarte timpurii, avînd originea în principal la polul matern. Cronologic, structurarea psihotică are loc în faza orală sau în decursul primei părţi a fazei anale (de rejecţie). Un Eu care a suferit fixaţii importante sau a regresat ulterior la acest nivel, se **preorganizează** conform direcţiei structurale psihotice. O linie de separare (*divided line*), descrisă de Abraham, separă fixaţiile şi regresiile psihotice de fixaţiile şi regresiile nevrotice. Ea se situează între primul substadiu anal (de rejecţie) şi al doilea substadiu anal (de retenţie). În mod excepţional, la adolescenţă, un subiect poate părăsi direcţia psihotică prestructurată şi să devieze spre o direcţie de structurare definitivă de tip nevrotic.

Regresiile şi fixaţiile plasate anterior liniei de separare menţionate mai sus ar corespunde structurărilor psihotice, dintre care cea mai arhaică ar fi structura schizofrenică şi, imediat lîngă linia de separare, structura paranoică. Structura melancolică sau comportamentele maniace defensive ale aceleiaşi organizări par dificil de situat într-o clasificare liniară a celor trei structuri psihotice de bază. Această structură melancolică nu ar ocupa o poziţie mai elaborată, în plan libidinal, decît structura paranoică, iar faptul că este clasat pe locul al treilea marchează în special situaţia sa oarecum particulară[12].

Ulterior liniei de separare menţionată mai sus se situează structurările de tip nevrotic : structura obsesională urmată de structura isterică.

Pe lîngă structurile psihotică şi nevrotică, Bergeret descrie şi trunchiul comun al stărilor-limită care, întrucît nu prezintă

fixitatea, soliditatea, specificitatea definitivă a organizărilor cu adevărat structurate, nu poate fi considerată drept structură autentică. Este vorba de o „organizare" cu statut provizoriu, de o situaţie „amenajată" care, deşi se poate menţine destul de mult timp fără prea multe modificări, nu este fixată.

În cazul unor stări-limită, Eul depăşeşte perioada în care s-ar fi putut produce o preorganizare de tip psihotic, adică perioada de pînă la linia de separare dintre primul şi al doilea substadiu anal. Eul îşi continuă traseul spre stadiul oedipian şi, cel mai adesea la începutul acestuia, se produce ceea ce Bergeret descrie drept „traumatismul psihic precoce": copilul pătrunde prea brutal, prea timpuriu, prea puternic într-o situaţie oedipiană. Acest traumatism afectiv va dezorganiza evoluţia copilului. Evoluţia libidinală ulterioară a subiectului va fi oprită, îngheţată, uneori foarte mult timp, în ceea ce Bergeret descrie drept un fel de pseudo-latenţă, mai precoce şi mai durabil decît o latenţă normală şi care se va prelungi dincolo de ceea ce ar fi trebuit să fie adolescenţa, acoperind o parte sau totalitatea vîrstei adulte, mergînd uneori pînă la sfîrşitul vieţii.

Într-un efort de sinteză, Bergeret compară structurile nevrotice, structurile psihotice şi organizările-limită în funcţie de următoarele cinci criterii: (1) instanţa dominantă; (2) natura conflictului; (3) relaţia de obiect; (4) natura angoasei; (5) principalele mijloace de apărare utilizate.

Instanţa dominantă în structurile psihotice este Sinele, care se află în conflict cu realitatea. Relaţia de obiect este mai mult sau mai puţin fuzională cu mama, în funcţie de varietăţile de psihoze. Subiectul cu structură psihotică prezintă o angoasă profundă, centrată pe fragmentare, distrugere, moarte prin sfărîmare. Angoasa fragmentării este o angoasă sinistră, de disperare şi retragere. Principalele mecanisme de apărare psihotice sînt clivajul Eului[13] (în interiorul Eului) şi negarea realităţii[14].

În cazul structurilor nevrotice, instanţa dominantă este Supraeul, aflat în conflict cu Sinele. Relaţia de obiect este genitală, iar angoasa se referă la castrare. Este vorba aici de o

angoasă a vinovăţiei, orientată spre un viitor anticipat într-o lume erotizată. Principalul mod de apărare utilizat este refularea[15].

În organizările-limită, Idealul Eului constituie adevăratul pol în jurul căruia se organizează personalitatea. Conflictul specific acestor organizări opune Idealul Eului, Sinelui şi realităţii. Relaţia de obiect este anaclitică (etimologic „replierea spre", „înclinarea spre", „sprijinirea pe"). Subiectul organizare-limită trebuie să se sprijine pe interlocutorul său, pe partenerul său indispensabil. Este vorba de o relaţie de puternică dependenţă, trăită şi jucată în doi. Anacliticul este într-o aşteptare pasivă şi solicită satisfacţii pozitive din partea partenerului său, procedînd în acelaşi timp la manipulări agresive, evidente sau nu, ale acestui partener. Angoasa specifică organizării-limită este angoasa pierderii obiectului, angoasa depresiei. Ea survine de îndată ce subiectul îşi imaginează că obiectul său anaclitic riscă să dispară, să-i scape. Printre mecanismele de apărare, organizarea-limită trebuie să recurgă în special la clivajul obiectului şi la forcluzie[16]. În cazul clivajului survenit în organizările-limită, ar fi vorba de un clivaj al reprezentărilor obiectuale, de o dedublare a imago-urilor, cu scopul de a lupta împotriva angoasei pierderii obiectului şi a riscului de a ajunge la al doilea mod de clivaj, prin dedublarea veritabilă a Eului[17].

B. STRUCTURA IDEILOR DELIRANTE

În lucrarea sa asupra structurii experienţei psihopatologice, Siomopoulos (1983) consacră un capitol ideilor delirante, tulburări psihopatologice prezente în cadrul psihozelor şi definite drept credinţe extrem de puternice a căror falsitate poate fi demonstrată folosind normele mediului socio-cultural în care trăieşte persoana care le exprimă (Hoch, 1972 ; Reed, 1974)[18].

Atunci cînd analizează structura ideilor delirante, Siomopoulos insistă pe distincţia ce trebuie realizată, în primul rînd, între forma şi conţinutul ideilor delirante, iar în al doilea rînd, între ideile delirante primare şi cele secundare. Dacă **forma** se referă

în general la modul în care se exprimă şi este resimţit un fenomen, conţinutul descrie ce este fenomenul în cauză, semnificaţia sa, ceea ce se află în spatele formei. Astfel, noţiunea de **conţinut** priveşte credinţele delirante ale unei anumite persoane şi se referă la ceea ce poate fi stabilit ţinînd seama de istoria personală a acestei persoane şi de mediul său socio-cultural. Conţinutul ideilor delirante variază deci de la o cultură la alta : în Statele Unite, de exemplu, un delirant poate să creadă că este spionat de FBI sau CIA, în timp ce într-un sat grec, delirantul poate atribui toate necazurile sale „deochiului" provocat de un vecin.

Noţiunea de formă se referă, din contra, la modul în care se constituie credinţele delirante, la ceea ce se poate stabili ţinînd seama de nevoile, dorinţele şi temerile unei persoane. Forma credinţelor delirante (de persecuţie, de mărire, de influenţă sau de gelozie) este cvasisimilară de la o cultură la alta[19]. Aceasta semnifică, după cum subliniază de exemplu Hoch (1972), că în geneza ideilor delirante intervin anumiţi factori sau anumite mecanisme intrinseci, determinante, independente de mediul socio-cultural al individului. Siomopoulos dezvoltă ipoteza lui Hoch, postulînd existenţa unor relaţii structurale universale între gîndire şi sentimente, relaţii care, sub impactul evenimentelor ce survin în mediul înconjurător, pot conduce, la anumiţi subiecţi, la apariţia ideilor delirante.

A doua distincţie pe care o abordează Siomopoulos în analiza structurii ideilor delirante este cea propusă, la începutul secolului, de Jaspers (1928), care descria ideile delirante primare şi secundare. **Ideile delirante primare** apar în absenţa oricăror alte tulburări psihopatologice. Apariţia lor implică totuşi existenţa, la subiectul respectiv, a unei stări descrise de Hoch (1972) sub numele de **organizare emoţională primară**. Astfel, sentimente de stimă de sine scăzută pot induce la o persoană vaga impresie că nu ar fi iubită de anturajul ei. Aceasta poate conduce persoana la ideea că este evitată ; ea poate să ajungă să creadă că ceilalţi nu o doresc în preajma lor. Ulterior, toate acestea se pot cristaliza în credinţa delirantă că anturajul acestei persoane urmăreşte să o omoare, să o elimine într-un mod sau altul. Acest exemplu

ilustrează felul în care sentimente specifice pot conduce la o idee delirantă specifică, dar nu explică geneza tuturor ideilor delirante de persecuţie.

Ideile delirante secundare se dezvoltă pornind de la anumite experienţe psihopatologice anterioare (halucinaţii, depersonalizare, depresie), cărora pacientul încearcă să le confere o semnificaţie. Un pacient care prezintă halucinaţii auditive poate să dezvolte, de exemplu, ideea delirantă secundară că „receptori minusculi" i-au fost plasaţi în urechi în timpul unei operaţii chirurgicale la care a fost supus cu cîteva luni înainte de apariţia halucinaţiilor. Acest exemplu ne arată că în cazul ideilor delirante secundare, pacientul încearcă să găsească explicaţii pertinente din punct de vedere logic pentru experienţele neobişnuite şi perturbatoare pe care le trăieşte[20]. Ideile delirante secundare oferă o „structură" (adică un context, relaţii, o organizare) experienţei originale, relativ nestructurată.

Spre deosebire de ideile delirante secundare, a căror apariţie este uşor de înţeles, comprehensiunea ideilor delirante primare este dificilă : logica lor este diferită de logica obişnuită. În acest cadru, Siomopoulos remarcă faptul că numeroşi pacienţi care prezintă idei delirante primare utilizează **gîndirea paralogică** (von Domarus, 1964), descrisă şi ca **gîndire paleologică** (Arieti, 1974). Persoana care gîndeşte în manieră paralogică acceptă identitatea nu pe baza identităţii subiectelor sau a întregului, ci pe baza identităţii predicatelor sau a părţilor. Un tînăr crede că este Iulius Cezar pentru că este italian şi pentru că s-a născut în iulie, lună în care s-ar fi născut, după el, Iulius Cezar. În acest caz, la fel ca şi în cazul oricărei gîndiri paralogice, pacientul investeşte cu sentimente puternice subiectele sau întregii implicaţi. Asta înseamnă că aceştia din urmă sînt în legătură cu organizarea emoţională primară menţionată mai sus. Siomopoulos mai notează că ideile delirante primare sînt structurate de sentimentele pacientului, de organizarea sa emoţională primară. Aceste sentimente sînt produsul rezultat din transformarea sentimentelor inconştiente mai profunde (pe care Siomopoulos le numeşte structuri), transformare în care, întrucît individul tinde

să se adapteze la cerinţele mediului său, mecanismele de apărare psihologice servesc drept mediator. Pentru a ilustra transformările care conduc la anumite idei delirante destul de comune, Siomopoulos efectuează o analiză structurală a uneia dintre acestea : aceea de a privi şi de a fi privit.

Pacienţii psihotici exprimă destul de des credinţa delirantă că pot citi gîndurile celorlalţi sau că alţii le pot citi gîndurile. În alte cazuri, ei afirmă că pot influenţa anumite persoane pentru ca acestea să acţioneze într-un anumit mod, sau că, din contra, ei acţionează sub influenţa altora. Cunoscute de multă vreme, aceste idei delirante nu au fost descrise adecvat nici măcar de un autor ca Arieti, renumit pentru studiile sale privind structura experienţelor psihotice (Arieti, 1967, 1974).

Ideile delirante menţionate sînt strîns legate de noţiunea de privire, privirea pacientului sau a altei persoane, adică situaţia de a privi şi de a fi privit. Într-adevăr, se întîmplă destul de frecvent ca un pacient psihotic să afirme că ceilalţi pot, privindu-l, să-i citească sau să-i controleze gîndurile sau invers, că el poate, privindu-i pe ceilalţi, să le citească sau să le controleze gîndurile. Întrucît faptul de a privi şi de a fi privit constituie o componentă esenţială a acestor idei delirante, Siomopoulos propune utilizarea unui termen mai precis, după părerea lui, acela de **idei delirante de a privi şi de a fi privit**[21], mai curînd decît termenii prea generali de **idei delirante de referinţă**[22] sau de **influenţă**[23], frecvent utilizaţi în literatură. Pentru a ilustra acest tip de idei, Siomopoulos analizează din punct de vedere structural trei cazuri, printre care şi cel al lui G. (vezi textul din chenar).

> În vîrstă de 22 de ani, G. este internat la cîteva ore după ce a fost concediat, pentru a treia oară în decursul unei luni, dintr-un post de portar. Această concediere s-a datorat nu doar slabei calităţi a muncii sale, cît mai ales faptului că se strîmba şi ridea, fără motiv aparent, în faţa şefului său. Aceste comportamente au apărut atunci cînd G. avea 14 ani, la puţin timp după o experienţă homosexuală. Pe atunci, G. credea că toată lumea era la curent cu această experienţă şi de aceea îl privea în mod insinuant. Pe durata anilor care au urmat, el a ajuns să creadă că poate citi gîndurile celorlalţi numai privindu-i.

În timpul spitalizării, G. rîde şi se strîmbă în mod constant. Închide şi deschide ochii rapid, îşi întoarce capul brusc într-o anumită direcţie pentru a-l aduce imediat în poziţia iniţială. În cursul unei convorbiri, el spune că se strîmbă şi rîde pentru a „diminua presiunea". Altă dată, el îşi exprimă jena pe care o resimte atunci cînd este privit („Mă strîmb numai atunci cînd lumea mă priveşte... Atunci cînd oamenii mă privesc sînt foarte încordat... Atunci cînd cineva mă priveşte direct în ochi, sînt puternic emoţionat..."). În cadrul unei convorbiri în cursul căreia este deosebit de încordat, G. îi spune terapeutului, cu o voce tristă: „Sînteţi dezgustat şi înspăimîntat de mine, doctore; o simt cînd mă priviţi". Atunci cînd terapeutul îl întreabă de ce crede asta, G. îi răspunde: „Cred că mă consideraţi homosexual. Poate aveţi dreptate... am o piele aşa de fină; mă gîndesc tot timpul la asta... nu pot suporta să mă privească cineva". Cît despre motivul pentru care rîde sau se strîmbă atunci cînd este privit, G. răspunde: „Atunci cînd rîd sau îmi mişc capul nu mă mai gîndesc la lucrurile care mă supără". Cu altă ocazie el spune: „Uneori cred că pot citi gîndurile altora; atunci mă simt destins şi nu mă mai strîmb". Întrebat despre modul în care se întîmplă acest lucru, G. răspunde: „Figura dumneavoastră îmi spune ce gîndiţi. Pot citi asta. Există diferite expresii pentru gînduri diferite".

Mecanismele structurale care fundamentează concluzia lui G. că o altă persoană (P) poate fi conştientă de faptul că el este homosexual pot fi explicate ţinînd cont de descrierea gîndirii paralogice. Dacă reprezentăm:

- prin *A*, conştiinţa lui G. (aşa cum o concepe el) de a fi privit de către P;
- prin *B*, conştiinţa lui P (aşa cum o concepe G.) despre acelaşi fapt şi
- prin *C*, ceea ce G. consideră a fi comun (în această situaţie de a privi şi a fi privit) în conştiinţa lui G. şi a lui P;
- atunci *C* ar reprezenta partea comună conducînd la concluzia că întregii *A* şi *B* sînt identici.

În acelaşi mod, se poate considera că dacă pacientul este conştient de faptul că **este homosexual**, atunci şi o altă persoană va fi şi ea conştientă de acest lucru, după părerea pacientului,

întrucît conştiinţele lor sînt concepute de către acesta ca fiind identice.

Strîmbăturile pacientului constituie o apărare împotriva anxietăţii provocate de convingerea sa că ceilalţi sînt conştienţi de homosexualitatea sa: atunci cînd se strîmbă, oamenii se gîndesc la grimasa sa şi nu la faptul că este homosexual. După Siomopoulos, ideea că este capabil să citească gîndurile celorlalţi poate fi considerată drept o apărare alternativă. Pacientul poate, într-adevăr, să fie calm în aceste condiţii şi nu mai simte nevoia să se strîmbe. Graţie capacităţii sale de a citi gîndurile celorlalţi, pacientul, care era asemenea unui „clovn care cerşeşte mila", se transformă într-un „magician atotputernic".

Ideile delirante primare prezentate de G. arată că mecanismele paralogice permit pacientului psihotic să-şi identifice conştiinţa cu cea a altor persoane în situaţiile în care este privit de acestea, sau cînd pacientul se uită la altă persoană. Sentimentele lui G. faţă de trecutul său homosexual sînt structurante pentru ideile sale delirante legate de faptul de a privi sau de a fi privit.

REZUMAT

Apariţia şi dezvoltarea unei abordări structuraliste a psihopatologiei sînt legate, mai întîi, de dezvoltarea puternică a structuralismului, important curent de gîndire care propune căutarea unor explicaţii prin folosirea noţiunii de structură. Aceasta poate fi definită drept aranjamentul în care părţile sînt dependente de întreg şi, prin urmare, solidare între ele. Legat de noţiunea de structură, Piaget insistă pe caracterul ei de totalitate, de transformare şi autoreglare, adăugind că descoperirea unei structuri trebuie să permită o formalizare.

Dezvoltarea abordării structuraliste este legată şi de crearea de către Wundt a unei şcoli structuraliste de psihologie, dezvoltată în Statele Unite de Titchener, precum şi de contribuţiile şcolii psihologiei gestaltiste.

Pentru mai mulţi autori, Freud se află la originea abordării structuraliste în psihopatologie. Această abordare este regăsită în lucrările unor clinicieni cum ar fi Goldstein, Arieti, Beck, Helman sau Lacan.

Prima parte a capitolului de faţă este consacrată structurilor psihopatologice de bază: psihotice (schizofrenică, paranoică, melancolică) şi

nevrotice (obsesională şi isterică). Prezentarea acestor structuri, bazată pe lucrările lui Bergeret, este completată printr-o scurtă descriere a „trunchiului comun al stărilor-limită".

În a doua parte a acestui capitol este analizată structura ideilor delirante. Sprijinindu-se în principal pe lucrarea lui Siomopoulos (1983), această analiză vizează diferenţa, pe de o parte, dintre forma şi conţinutul ideilor delirante, iar pe de altă parte, dintre ideile delirante primare şi secundare.

NOTE

1. Calificativul „structuralist" utilizat în titlul acestui capitol înseamnă „care utilizează structuralismul, fie metodologic, fie metafizic" (Foulquié, 1978). **Structuralismul metodologic** încearcă să degajeze, în diferite domenii de studiu (printre care psihologia), structurile de bază ale unui ansamblu de fapte diferite. Lévi-Strauss (1973) preciza că metoda structurală constă în identificarea formelor invariante în interiorul unor conţinuturi diferite. **Structuralismul metafizic** încearcă să verifice dacă structurile degajate prin metoda structurală ţin de constituţia însăşi a spiritului uman sau rezultă din informaţiile obţinute de spirit din realitatea concretă, sau dacă reprezintă un fapt dincolo de datele experienţei, care s-ar impune gîndirii în interpretarea acestei experienţe (Foulquié, 1978).

2. Termenul de psihologie structurală (*structural psychology*) este utilizat în mod frecvent de psihologii americani, care îl opun celui de psihologie funcţională (*functional psychology*). Conform *Vocabularului ştiinţelor sociale* (Foulquié, 1978), este necesară distingerea structuratului de structural. Structurat se referă la realităţile înseşi care sînt incluse într-o structură, la realităţile empirice („prăjitura cu miere de albine este structurată"). Structural desemnează formele lingvistice şi, prin extensie, studiile şi expunerile relative la structura lucrurilor (de exemplu, antropologia structurală, sociologia structurală). Acest al doilea cuvînt se referă deci la modele construite după realitatea empirică.

3. Importanţa „titchenerismului" a fost foarte puternică. Evans (1977) consideră, totuşi, că influenţa acestui curent a dispărut, practic, o dată cu moartea lui Titchener în 1927.

4. Printre lucrările care susţin această teză, semnalăm monografia realizată de Arlow şi Brenner (1964), intitulată *Conceptele psihanalitice şi Teoria structurală*.

5. Freud a utilizat şi termenul de „sistem" : „sistem perceptual", „sistem al memoriei şi asociaţiei", „sistem inconştient", „sistem preconştient", „sistem conştient" – aparent cu acelaşi sens, adică referindu-se la părţile aparatului psihic (Siomopoulos, 1983).

6. Printre lucrările disponibile în franceză şi înscriindu-se în perspectiva structuralistă în psihopatologie, putem nota pe cele ale lui Dellaert şi Carp (1956), tradusă din olandeză, care abordează cîmpul psihopatologiei infantile, lucrarea lui Carp şi Dellaert (1976), care propune o perspectivă structuralistă în psihopatologie şi psihoterapie şi, în fine, cea a lui Wiener (1983): *Structură şi Proces în psihoză*. În cartea sa intitulată *Personalitatea normală şi patologică*, Bergeret ne oferă un istoric detaliat al diferitelor contribuţii, în special franceze, ce au decurs din introducerea conceptului de structură în psihopatologie.

7. Al treilea volum a fost tradus în engleză şi a apărut în 1984 la prestigioasa editură Brunner/Mazel, sub numele de *Structural Psychopathology. Structure and Evolution*.

8. După Afgoustidis (1989), aceste două noţiuni se definesc astfel: (a) „Condensarea constă într-o reprezentare printr-un element unic a unei pluralităţi de teme inconştiente"; (b) „Deplasarea constă într-o mutare a accentului (a importanţei psihice) de pe o reprezentare pe alta, de care era legată prin co-apartenenţa la acelaşi lanţ asociativ".

9. În *Micul Lexic* al lucrării lui Fages (1990) figurează definiţiile următoare: (a) metaforă (după Jakobson şi Lacan): substituirea semnificanţilor pe baza unei similarităţi de semnificaţie; (b) metonimie (după aceiaşi autori): substituirea semnificanţilor pe baza unei contiguităţi de semnificaţie. Referindu-se la termenul „semnificant", Fages notează două sensuri ale acestuia: în sens semiologic, este vorba de o parte a semnului care este perceptibilă (vizibilă, audibilă); în sensul lacanian, definiţia semnificantului dată mai sus este acceptată în ceea ce priveşte conştientul. În inconştient, semnificantul este „ceea ce se poate articula într-un sistem, un lanţ (pornind de la primul semnificant, falusul)" (Fages, 1990).

10. Pornind de la definirea structurii ca „organizare a ordinii părţilor", Siomopoulos afirmă că el nu se preocupă de ordinea manifestată de patologie. Experienţele psihopatologice sînt sisteme de transformări, structuri psihopatologice care structurează lumea şi sînt structurate de aceasta, dar într-o manieră inadaptată.

11. Bergeret consideră că acest proces, care debutează, fără îndoială, anterior naşterii, se derulează sub influenţa a numeroşi factori: ereditatea, modul de relaţionare cu părinţii în primele momente ale vieţii, frustrările, traumatismele şi conflictele întîlnite, apărările organizate de Eu pentru a rezista la presiunile interne şi externe, pulsiunile Sinelui şi realitatea.

12. După Bergeret, structura melancolică ar constitui, în plan topic, în acelaşi timp o falie a Eului şi un faliment al Idealului Eului. Economia pulsională regresează de la un nivel falic în stadiile pregenitale, în acelaşi timp anal şi oral. Angoasa subiectului (în relaţie cu sentimentul că obiectul este pierdut şi, deci, cu o ameninţare imediată de fragmentare) păstrează din evoluţia sa anterioară urmele anxietăţii anaclitice. Relaţia obiectală, anterior ambivalentă (ură şi dragoste deopotrivă), este dominată de primatul agresivităţii.

Mecanismele de apărare sînt reprezentate de o negare secundară a unei părţi a realităţii şi de o introecţie foarte arhaică, de tip devorator.

13. Clivarea Eului „constă în coexistenţa simultană în interiorul Eului a două atitudini contradictorii, una care ţine seama de realitate, atitudinea normală, iar cealaltă care, sub influenţa pulsiunilor, detaşează Eul de realitate" (Afgoustidis, 1989).

14. După Laplanche şi Pontalis (1973), negarea realităţii este „modul de apărare constînd în refuzul subiectului de a recunoaşte realitatea unei percepţii traumatizante, în esenţă cea a absenţei penisului la femeie".

15. „Operaţia prin care subiectul caută să respingă sau să menţină în inconştient reprezentări (gînduri, imagini, amintiri) legate de o pulsiune" (Laplanche & Pontalis, 1973).

16. „Termen introdus de Jacques Lacan : mecanism specific care ar fi la originea faptului psihotic ; el ar consta într-o respingere primordială a unui **semnificant** fundamental..." (Laplanche & Pontalis, 1973). Fages (1990) defineşte forcluzia drept o „ştergere definitivă a unui eveniment, astfel încît el nu va putea fi niciodată rememorat".

17. Eul va distinge pentru acelaşi obiect, cînd o imago pozitivă şi reconfortantă, cînd o imago negativă şi înspăimîntătoare, fără posibilitatea concilierii simultane a celor două imago contradictorii. Sub nume diferite, această clivare de imago a fost pusă în evidenţă de şcoala kleiniană.

18. În *Glosarul DSM III-R*, ideea delirantă este definită drept o credinţă personală eronată, fundamentată pe o inducţie incorectă privind realitatea exterioară, ferm susţinută în ciuda opiniilor general împărtăşite şi a tot ceea ce constituie dovezi incontestabile şi evidente ale contrariului (American Psychiatric Association, 1989).

19. Mucchielli şi Mucchielli (1969) notează că în ştiinţele umane, structuralismul a devenit căutarea formelor sau a structurilor. În plus, ei mai aduc următoarele trei precizări : „(a) aceste realităţi formale sînt constante, iar conţinuturile lor istorice (concretul observabil) sînt variabile ; (b) ele sînt acelea care dau un sens conţinuturilor (structuri de semnificaţie) ; (c) ele sînt dinamice (organizatoare, informante sau deformante, dătătoare de formă, adică structurante) şi prezente în conţinuturile lor variabile (invariant imanent)".

20. După Reed (1974), folclorul şi superstiţiile, progresele ştiinţei şi ale tehnologiei, precum şi structura societăţii în care trăieşte pacientul, oferă explicaţiile de care acesta are nevoie.

21. Siomopoulos aminteşte că ideea de a privi şi de a fi privit ocupă un loc important încă de la primele conceptualizări filosofice la Sartre (1943).

22. Ideea delirantă de referinţă este definită în *DSM III-R* drept ideea delirantă conform căreia evenimentele, obiectele şi celelalte persoane din mediul

imediat al subiectului au o semnificaţie specifică şi neobişnuită, în general negativă sau peiorativă (American Psychiatric Association, 1989).

23. Ideea delirantă de influenţă reprezintă, conform *Glosarului DSM III-R*, delirul în care senzaţiile, impulsurile, gîndurile sau acţiunile sînt resimţite ca nefiind proprii subiectului (American Psychiatric Association, 1989).

Postfaţă

1. Prezentarea în acest volum a diferitelor abordări în psihopatologie urmăreşte ruperea unor bariere dogmatice şi diminuarea frecventelor certuri între şcoli şi a luptelor teritoriale. Citind cartea, partizanii dezbaterilor arţăgoase, pasionaţii opoziţiilor binare şi ai războaielor ideologice sterile vor fi, fără îndoială, decepţionaţi – mai ales pentru că am acordat un loc central numeroaselor cunoştinţe disponibile, faptelor, metodologiilor utilizate pentru punerea lor în evidenţă, punctelor de vedere (de multe ori divergente!) exprimate în raport cu validitatea faptelor evocate, argumentelor folosite pentru apărarea respectivelor puncte de vedere. Cum de altfel i-ar putea decepţiona şi tonul prezentărilor, cît mai neutru cu putinţă.

Această concepţie a lucrării are la bază principiul conform căruia o anumită decompartimentare teoretică poate fi obţinută pornind de la studierea de ansamblu a diverselor abordări în psihopatologie. Pe de altă parte, părerea mea este următoarea: calitatea evaluării aportului fiecăreia dintre aceste abordări nu poate fi altfel decît benefică unei cunoaşteri aprofundate a celorlalte abordări. Informînd cititorul, textul incită la un efort de critică şi sinteză care îi va permite (sper...) să descopere căi potrivite practicii sale.

2. Multitudinea şi diversitatea abordărilor expuse în lucrare – abordări foarte diferite din punctul de vedere al contribuţiei lor la înţelegerea tulburărilor psihopatologice – constituie caracteristicile esenţiale ale stadiului actual de dezvoltare a psihopatologiei. Această diversitate este, bineînţeles, consecinţa apariţiei unor noi şcoli în domeniile psihologiei şi psihopatologiei. Dar, în acelaşi timp, ea reflectă recunoaşterea, de către cercetătorii pionieri în acest

domeniu, a complexităţii obiectului lor de studiu: funcţionarea psihopatologică.

Posibilitatea abordării psihopatologiei din perspective diferite nu este de dată recentă. Proliferarea abordărilor psihopatologiei este întrevăzută de Jaspers, care, foarte devreme (în 1913), scria că încerca „să surprindă fiecare perspectivă diferită a întregului" şi „să-i atribuie un loc în funcţie de semnificaţia şi limitările sale".

Mai multe texte ale lui Freud demonstrează că creatorul psihanalizei anticipa deja importanţa pe care ar putea-o lua şi alte abordări, enunţînd chiar problematici specifice acestora. Este cazul, de exemplu, al textului ce face parte din *Dincolo de principiul plăcerii*, în care Freud evocă „posibilităţile nelimitate ale biologiei"[1], al acestui text de la sfîrşitul vieţii sale, cînd făcea referiri la implicaţiile filogenezei în apariţia tulburărilor mintale[2] sau, în fine, al unui fragment din *Scrisori către G. Fuchs*, care ne trimite cu gîndul la discursul antipsihiatric[3]. Aceste trei exemple sugerează că Freud nu ar fi uimit de dezvoltările actuale ale abordărilor biologică, etologică şi socială ale psihopatologiei.

3. Prezentul volum constituie prima etapă a unui demers complex al cărui obiectiv final este elaborarea unei abordări integrative în psihopatologie. Acest lucru necesită un studiu comparativ prealabil al abordărilor descrise în cele 14 capitole ale lucrării de faţă. Un astfel de studiu ridică o problemă metodologică importantă, aceea a grilelor de comparaţie, deci a criteriilor de folosit în acest scop. Mai mulţi cercetători, dintre care Millon şi Diesenhaus (1972), Siegler şi Osmond (1974), Price (1978), Weckowicz (1984), indică criterii utilizabile într-o asemenea comparaţie. Studiul comparativ menţionat ar trebui să elibereze punctele de convergenţă şi de complementaritate ale abordărilor. El ar trebui să ducă la căutarea acordurilor transteoretice, permiţînd elaborarea unor noi concepte integrative. În acelaşi timp, acest studiu comparativ ar trebui să aprofundeze implicaţiile epistemologice ale unei mişcări de conciliere între diversele abordări, ale unui demers care să conducă de la orientarea unică la integrare, trecînd prin apropierea, convergenţa şi combinaţiile abordărilor.

Toate aceste teme vor fi tratate într-un volum a cărui apariţie e prevăzută peste doi ani...

4. Atac cu prudență proiectul de elaborare a unei abordări integrative, prudență hrănită de avertismentele mai multor autori.

Legrand (1983), de exemplu, își exprimă îndoielile în privința caracterului fructuos al schimbului între psihanaliză și behaviorism efectuat de Dollard și Miller (1950) în lucrarea lor *Personality and Psychotherapy*, lucrare dedicată lui „Freud și Pavlov, și elevilor lor". Luînd ca exemplu opera Mélaniei Klein și a lui Skinner, Legrand scrie că „radicalismul este, fără îndoială, preferabil concilierilor eclectice și concordiste".

Conrad Lecomte (1987a și b), cunoscut pentru lucrările sale cu privire la integrarea psihoterapiilor, scrie la rîndul său : „Visul unei sinteze desăvîrșite pare să conducă aproape la o utopie sau la o iluzie narcisică de înțelegere completă și perfectă a existenței umane. Eforturile de sinteză ce resping disidența riscă adesea să ducă la un sincretism uniformizant sub podoabele înșelătoare ale eficacității".

Știu că drumul de la abordările exclusive la o abordare integrativă este plin de capcane...

Ottawa-Hull, februarie 1991

Realizată la trei ani și jumătate de la publicarea lucrării *Paisprezece abordări în psihopatologie*, această a doua ediție a cărții a permis o apariție care ține cont de publicarea *DSM IV*. În același timp, întregul text a fost revăzut și adăugit. În perioada care a trecut, în Mexic a fost editată traducerea în spaniolă a celor *Paisprezece abordări*, iar acum alte patru traduceri sînt în desfășurare. Lucrarea de integrare anunțată în această postfață, lucrare destinată să continue cele *Paisprezece abordări*, nu mai este un simplu proiect, iar publicarea ei este prevăzută pentru... 1996 !

Paris, decembrie 1994

NOTE

1. În acest text, apărut în 1920, Freud scria : „Biologia este într-adevăr un domeniu cu posibilități nelimitate : trebuie să ne așteptăm să primim din partea ei cele mai surprinzătoare lămuriri și nu putem ghici răspunsurile pe care ni le-ar putea da peste cîteva decenii la întrebările noastre. Cine știe, ar putea fi răspunsuri care să prăbușească întregul edificiu artificial al ipotezelor noastre" (Freud, 1951).

2. La sfîrşitul vieţii sale, la 12 iulie 1938, Freud scria: „Cu nevrozele te-ai putea crede într-un peisaj preistoric, de exemplu în jurasic. Uriaşii saurieni sînt încă acolo, ierburile şi stufărişul sînt înalte cît palmierii" (Freud, 1941). După cum subliniază Demaret (1979), Freud era de părere că tulburările mintale îşi au rădăcinile departe, în preistoria omului, în perioade dinaintea devenirii lui ca om.

3. Este vorba de un fragment din *Scrisori către G. Fuchs*, publicat în volumul XI al ediţiei italiene a *Operelor complete* (Turin, Einaudi, 1979), citat în *L'information psychiatrique* (1989, nr. 7, p. 746): „Acest tratament inuman (*sistemul azilar*) este în deplin acord cu civilizaţia noastră; nu este altceva decît expresia brutalităţii şi incomprehensiunii ce domină lumea civilizată a zilelor noastre... Iar dacă s-ar ajunge la convingerea necesităţii unei reforme a tuturor acestor lucruri, s-ar replica imediat că societatea capitalistă nu deţine mijloacele necesare acestui gen de operaţii".

Bibliografie

ABRAHAM, J.J. (1912), „Latah and amok", *British Medical Journal*, *1*, 438-439.
ABRAHAM, K. (1965-1966), *Œuvres complètes*, 2 vol., Paris, Payot.
ABRAMSON, L.Y., ALLOY, L.B. & METALSKY, G.I. (1988), „The cognitive diathesis-stress theories of depression : Toward an adequate evaluation of the theories' validities", in Alloy, L.B. (ed.), *Cognitive Processes in Depression*, 3-30, New York, The Guilford Press.
ABRAMSON, L.Y., METALSKY, G.I. & ALLOY, L.B. (1987), „The Hopelessness Theory of Depression : A Metatheoritical Analysis with Implications for Psychopathology Research" (text nepublicat, citat în Abramson *et al.*, 1988).
ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P. & TEASDALE, J.D. (1978), „Learned helplessness in humans : Critique and reformulation", *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 49-74.
ACHENBACH, T. & ZIGLER, E. (1963), „Social Competence and Self-image Disparity in psychiatric and nonpsychiatric Patients", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *67*, 197-205.
ACHENBACH, T.M. (1982), *Developmental Psychopathology*, New York, John Wiley & Sons (ed. a 2-a).
ACKERMANS, A. & ANDOLFI, M. (eds.) (1987), *La Création du système thérapeutique. L'école de thérapie familiale de Rome*, Paris, Editions ESF.
ADAMS, H.E. & SUTKER, P.B. (eds.) (1984), *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, New York, Plenum Press.
AFGOUSTIDIS, D. (1989), *La Psychanalyse*, Paris, Desclée de Brouwer.
AJURIAGUERRA, J. de & MARCELLI, D. (1982), *Psychopathologie de l'enfant*, Paris, Masson.
ALEXANDER, F.G. & SELESNICK, S.T. (1972), *Histoire de la psychiatrie. Pensée et pratique psychiatriques de la préhistoire à nos jours*, Paris, Armand Colin.
ALLERS, R. (1961), *Existentialism and Psychiatry*, Springfield, Thomas.
ALLOY, L.B., CLEMENTS, C. & KOLDEN, G. (1985), „The Cognitive Diathesis-stress Theories of Depression : Therapeutic implications", in Reiss, S. & Bootzin, R.R. (eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy*, 379-410. Orlando, Fla, Academic Press.

ALLPORT, G.W. (1937), *Personality. A Psychological Interpretation*, New York, H. Holt.

ALTMANN, J. (1974), „Observational Study of Behavior : Sampling methods", *Behaviour*, *49*, 227-267.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, D.C., American Psychiatric Association (ed. a 3-a).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1985), *DSM-III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson (ed. a 2-a).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1989), *DSM-III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson.

ANCELIN-SCHÜTZENBERGER, A. (1972), Préface, in May, R., *Le Désir d'être, Psychothérapie existentielle*, 7-11, Paris, Epi éditeurs.

ANDOLFI, M. (1986), *La Thérapie avec la famille*, Paris, Editions ESF (ed. a 2-a).

ANDREWS, G., TENNANT, C., HEWSON, D.M. & VAILLANT, G.E. (1978), „Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *166*, 307-316.

ANDREY, B., BURILLE, P., CAILLE, P., FIVAZ, E., HARTVEIT, H., MARTINEZ, J.-P., MASSON, O., PRATA, G., REY, Y., RUFFIOT, A., SACCU, C., SELVINI PALAZZOLI, M. & WATZLAWICK, P. (1983), *La Thérapie familiale telle quelle... De la théorie à la pratique*, Paris, Editions ESF.

ANISMAN, H., PIZZINO, A. & SKLAR, L.S. (1980), „Coping with stress, norepinephrine depletion and escape performance", *Brain Research*, *191*, 583-588.

ANZIEU, D. (1975), *L'Auto-analyse de Freud et la découverte de la psychanalyse*, 2 vol., Paris, PUF.

ANZIEU, D., BOWLBY, J., CHAUVIN, R., DUYCKAERTS, F., HARLOW, H.H.F., KOUPERNIK, C., LEBOVICI, S., LORENZ, K., MALRIEU, P., SPITZ, R.-A., WIDLOCHER, D. & ZAZZO, R. (1974), *L'Attachement*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

ARIAM, S. (1979), „The effects of subliminal symbiotic stimuli in Hebrew on academic performance of Israeli high school students", teză de doctorat nepublicată, New York University.

ARIETI, S. (1967), *The Intrapsychic Self. Feeling, Cognition, and Creativity in Health and Mental Illness*, New York, Basic Books.

ARIETI, S. (1974), *Interpretation of Schizophrenia*, New York, Basic Books.

ARLOW, J.A. & BRENNER, C. (1964), *Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory*, New York, International University Press.

ÅSBERG, M. (1987), „Biologie des comportements suicidaires", in Mendlewicz, J. (ed.), *Manuel de psychiatrie biologique*, 83-89, Paris, Masson.

ÅSBERG, M., BERTILSSON, L., MÅRTENSSON, B., SCALIA-TOMBA, G.-P., THOREN, P. & TRÄSKMAN-BENDZ, L. (1984), „CSF monoamine metabolites in melancholia", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *69*, 201-219.

ÅSBERG, M., MÅRTENSSON, B. & WÄGNER, A. (1987), „Psychobiological aspects of suicidal behavior", in Magnusson, D. & Öhman, A. (eds.), *Psychopathology, An Interactional perspective*, 81-94, Orlando, Fla, Academic Press.

ÅSBERG, M., THOREN, P., TRÄSKMAN, L., BERTILSSON, L. & RINGBERGER, V. (1976a), „Serotonin depression – A biochemical subgroup within the affective disorders?", *Science*, *191*, 478-480.

ÅSBERG, M., TRÄSKMAN, L. & THOREN, P. (1976b), „5-HIAA in cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor?", *Archives of General Psychiatry*, *33*, 1193-1197.

AYLLON, T. & MICHAEL, J. (1959), „The psychiatric nurse as a behavioral engineer", *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *2*, 323-334.

BACHELOR, A. & JOSHI, P. (1986), *La Méthode phénoménologique de recherche en psychologie. Guide pratique*, Ste-Foy, Les Presses de l'Université Laval.

BAKWIN, H. (1971), „Enuresis in twins", *American Journal of Diseases of Children*, *121*, 222-225.

BAKWIN, H. (1973), „The genetics of enuresis", in Kolvin, I., Mac Keith, R.C. & Meadow, S.R. (eds.), *Bladder control and enuresis*, 73-77, London, Spastics International Medical Publications.

BALLENGER, J.C., GOODWIN, F.K., MAJOR, L.F. & BROWN, G.L. (1979), „Alcohol and central serotonin metabolism in man", *Archives of General Psychiatry*, *36*, 224-227.

BANDURA, A. (1968), „A social learning interpretation of psychological dysfunctions", in London, P. & Rosenhan, D. (eds.), *Foundations of Abnormal Psychology*, 293-344, New York, Holt, Rinehart & Winston.

BANKI, C.M., ARATO, M., PAPP, Z. & KURCZ, M. (1984), „Biochemical markers in suicidal patients: Investigations with cerebrospinal fluid amine metabolites and neuroendocrine tests", *Journal of Affective Disorders*, *6*, 341-350.

BARATTA, S., COLORIO, C. & ZIMMERMAN-TANSELLA, C. (1985), „Inter-rater reliability of the Italian version of the Paykel Scale of Stressful Life Events", *Journal of Affective Disorders*, *8*, 279-282.

BARKER, R.G. (1968), *Ecological psychology. Concepts and method for studying the environment of human behavior*, Standford, Ca, Standford University Press.

BARKER, R.G. & GUMP, P.V. (1964), *Big school, small school. High school size and student behavior*, Standford, Ca, Standford University Press.

BARUK, H. (1938), *Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale*, Paris, Masson.

BARUK, H. (1955), *La Psychiatrie sociale*, Paris, PUF.
BARUK, H. (1959), *Traité de psychiatrie*, 2 vol., Paris, Masson.
BARUK, H. (1964), *La Psychopathologie expérimentale*, Paris, PUF.
BASTIDE, R. (1965), *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.
BATESON, G., JACKSON, D.D., HALEY, J. & WEAKLAND, J. (1956), „Toward a theory of schizophrenia", *Behavioral Science*, *1*, 251-264.
BAUGHMAN, E.E. & DAHLSTROM, W.G. (1972), „Racial differences on the Minnesota Multiphasic Personnality Inventory", in Guterman, S.S. (ed.), *Black Psyche. The Modal Personality Patterns of Black Americans*, 166-188, Berkeley, Ca, The Glendessary Press.
BAYER, R. (1981), *Homosexuality and American Psychiatry. The Politics of Diagnosis*, New York, Basic Books.
BEAUCHESNE, H. (1986), *Histoire de la psychopathologie*, Paris, PUF.
BECK, A.T. (1967), *Depression. Causes and Treatment*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
BECK, A.T. (1974), „Depressive neurosis", in Arieti, S. & Brody, E.B. (eds.), *American Handbook of Psychiatry*, vol. III, *Adult clinical Psychiatry*, 61-90, New York, Basic Books (ed. a 2-a).
BECK, A.T. (1976), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York, International Universities Press.
BECK, A.T. (1984a), „Cognition and therapy", *Archives of General Psychiatry*, *41*, 1112-1114.
BECK, A.T. (1984b), „Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy. The cognitive continuum", in Williams, J.B.W. & Spitzer, R.L. (eds.), *Psychotherapy Research. Where are we and where should we go ?*, New York, The Guilford Press.
BECK, A.T., KOVACS, M. & WEISSMAN, A. (1975), „Hopelessness and suicidal behavior: an overview", *Journal of the American Medical Association*, *234*, 1146-1149.
BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. & EMERY, G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, New York, The Guilford Press.
BECK, A.T., WEISSMAN, A., LESTER, D. & TREXLER, L. (1974), „The measurement of pessimism: The hopelessness scale", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 861-865.
BEELS, C.C. (1981), „Social support and schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, *7*, 58-72.
BEELS, C.C. & FERBER, A. (1969), „Family therapy: a view", *Family Process*, *8*, 280-318.
BEHRMAN, J. (1969), „The visual evoked response in hysterical amblyopia", *British Journal of Ophthalmology*, *53*, 839-845.
BEHRMAN, J. & LEVY, R. (1970), „Neurophysiological studies on patients with hysterical disturbances of vision", *Journal of Psychosomatic Research*, *14*, 187-194.

BELL, N.W. & SPIEGEL, J.P. (1966), „Social psychiatry: vagaries of a term", *Archives of General Psychiatry*, *14*, 337-345.
BELLOW, S. (1982), *L'Hiver du doyen*, Paris, Flammarion.
BENDA, C.E. (1966), „What is existential psychiatry?", *American Journal of Psychiatry*, *123*, 288-296.
BENOIT, J.-C. (1983), *Les Doubles Liens. Paradoxes familiaux des schizophrènes*, Paris, PUF (ed. a 2-a).
BENSMAIL, B. (1985), „Evénements religieux islamiques et psychopathologie", in Guyotat, J. & Fédida, P. (eds.), *Événement et psychopathologie*, 65-67, Villeurbanne, SIMEP.
BERGE, A. (1946), *Le Facteur psychique dans l'énurésie*, Paris, Le Seuil.
BERGEN, B.J. & THOMAS, C.S. (1969), „An attempt to examine the perception of self and hospital among chronically ill mental patients", *The International Journal of Social Psychiatry*, *15*, 307-313.
BERGERET, J. (1974), „Notion de structure", in Bergeret, J. (ed.), *Abrégé de psychologie pathologique théorique et clinique*, 129-133, Paris, Masson.
BERGERET, J. (ed.) (1976), *Abrégé de psychologie pathologique théorique et clinique*, Paris, Masson.
BERGERET, J. (1985), *La Personnalité normale et pathologique. Les structures mentales, le caractère, les symptômes*, Paris, Bordas (ed. a 2-a).
BERGIN, A.E. (1966), „Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice", *Journal of Abnormal Psychology*, *71*, 235-246.
BERKANOVIC, E. (1980), „The effect of inadequate language translation on Hispanics' responses to health surveys", *American Journal of Public Health*, *70*, 1273-1276.
BERNER, P., GABRIEL, E., KATSCHNIG, H., KIEFFER, W., KOEHLER, K., LENZ, G. & SIMHANDL, C.H. (1983), *Diagnostic Criteria for Schizophrenic and Affective Psychoses*, Washington, American Psychiatric Press.
BERRY, D.C. & BROADBENT, D.E. (1984), „On the relationship between task performance and associated verbalizable knowledge", *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, *36a*, 209-231.
BERTRAND, S. & MASLING, J. (1969), „Oral imagery and alcoholism", *Journal of Abnormal Psychology*, *74*, 50-53.
BILZ, R. (1971), *Wie frei ist der Mensch?*, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
BINET, A. (1894), *Introduction à la psychologie expérimentale*, Paris, Alcan.
BINET, A. (1903), *L'Étude expérimentale de l'intelligence*, Paris, Schleicher Frères.
BINSWANGER, L. (1957), *Schizophrenie*, Pfullingen, Günther Neske.
BINSWANGER, L. (1971), *Introduction à l'analyse existentielle*, Paris, Editions de Minuit.

BINSWANGER, L. (1987), „Mélancolie et manie", *Etudes phénoménologiques*, Paris, PUF.

BIRD, H., CANINO, G.J. & SHROUT, P.E. (1986), „Considerations on the use of the Mini-Mental State Examination within the Spanish Diagnostic Interview Schedule", comunicare la *Annual Meeting of the American Psychiatric Association*, Washington.

BIROU, A. (1966), *Vocabulaire pratique des sciences sociales*, Paris, Editions ouvrières.

BLACKBURN, I.M. & COTTRAUX, J. (1988), *Thérapie cognitive de la dépression*, Paris, Masson.

BLACKBURN, I.M., EUNSON, K.M. & BISHOP, S. (1986), „A two-year naturalistic follow up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both", *Journal of Affective Disorders*, *10*, 67-75.

BLASHFIELD, R.K. (1982), FEIGHNER *et al.*, „Invisible colleges, and the Matthew effect", *Schizophrenia Bulletin*, *8*, 1-12.

BLATT, S.J., BRENNEIS, C.B., SCHIMEK, J.G. & GLICK, M. (1976), „Normal development and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach", *Journal of Abnormal Psychology*, *85*, 364-373.

BLEANDONU, G. (1976), *Dictionnaire de psychiatrie sociale*, Paris, Payot.

BLOCH, V. (1966), „Les niveaux de vigilance et l'attention", in Fraisse, P. & Piaget, J. (eds.), *Traité de Psychologie Expérimentale*, vol. 3, 79-122, Paris, PUF.

BOLLOTTE, G. (1973), „Moreau de Tours", *Confrontations Psychiatriques*, nr. 11, 9-26.

BOOR, M. (1980), „Relationships between unemployment rates and suicide rates in eight countries", 1962-1976, *Psychological Reports*, *47*, 1095-1101.

BOOTZIN, R.R. & ACOCELLA, J.R. (1988), *Abnormal Psychology. Current Perspectives*, New York, Random House (ed. a 5-a).

BOSS, M. & CONDREAU, G. (1975), „Analyse existentielle" (Daseinanalyse), *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37815 A[10], 1-6.

BOUCEBCI, M. (1985), „L'événement naissance dans un monde en changement", in Guyotat, J. & Fédida, P. (eds.), *Événement et Psychopathologie*, 68-73, Villeurbanne, SIMEP.

BOUCHARD, M.-A., LADOUCEUR, R. & GRANGER, L. (1977), „Analyse behaviorale", in Ladouceur, R., Bouchard, M.-A. & Granger, L. (eds.), *Principes et applications des thérapies behaviorales*, 21-46, Paris, Maloine s.a.

BOURGEOIS, M. (1985), „Connaissance et usage du DSM-III", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 51-59, Paris, Masson.

BOURGUIGNON, A. & GUILLON, F. (1977), „Application d'une hypothèse éthologique a l'énurésie", *La Psychiatrie de l'Enfant*, *20*, 223-244.

BOWLBY, J. (1958), „The nature of child's tie to his mother", *The International Journal of Psycho-analysis*, *39*, 350-373.

BOWLBY, J. (1969), *Attachment and Loss, I, Attachment*, New York, Basic Books.

BOWLBY, J. (1973), *Attachment and Loss, II, Separation : Anxiety and Anger*, New York, Basic Books.

BOWLBY, J. (1974), Seconde intervention, in Anzieu, D., Bowlby, J., Chauvin, R., Duyckaerts, F., Harlow, H.H.F., Koupernik, C., Lebovici, S., Lorenz, K., Malrieu, P., Spitz, R.-A., Widlöcher, D. & Zazzo, R., *L'Attachement*, 127-139, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

BRACINHA-VIEIRA, A. (1982), „Ethologie et psychiatrie. Phylogenèse des comportements et structure des psychoses", *Evolution psychiatrique*, *47*, 999-1017.

BRAFF, D.L. (1981), „Impaired speed of information processing in nonmedicated schizotypal patients", *Schizophrenia Bulletin*, *7*, 449-508.

BRAFF, D.L. & SACCUZZO, D.P. (1985), „The time course of information processing deficits in schizophrenia", *American Journal of Psychiatry*, *142*, 170-174.

BRION, A. & EY, H. (eds.) (1964), *Psychiatrie animale*, Paris, Desclée de Brouwer.

BRISLIN, R.W. (1970), „Back-translation for cross-cultural research", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *1*, 185-216.

BROADBENT, D.E., BROADBENT, M.H. & JONES, J.L. (1986), „Performance correlates of self-reported cognitive failure and of obsessionality", *British Journal of Clinical Psychology*, *25*, 285-299.

BRODEUR, C. (1990), „Si Freud revenait... ou ce dur métier d'analyste", in Pelletier, R., Van Gijseghem, H. & Beaudry, J. (eds.), *Psychanalyse : Vision du monde ?*, 59-89, Montréal, Méridien.

BRODY, D., SACCUZZO, D.P. & BRAFF, D.L. (1980), „Information processing for masked and unmasked stimuli in schizophrenia and old age", *Journal of Abnormal Psychology*, *89*, 617-622.

BRONFENBRENNER, U. (1977), „Toward an experimental ecology of human development", *American Psychologist*, *32*, 513-531.

BRONFENBRENNER, U. (1979), *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and Design*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.

BROWN, G.L., EBERT, M.H., GOYER, P.F., JIMERSON, D.C., KLEIN, W.J., BUNNEY, W.E. & GOODWIN, F.K. (1982), „Aggression, suicide, and serotonin : Relationships to CSF amine metabolites", *American Journal of Psychiatry*, *139*, 741-746.

BROWN, G.L., GOODWIN, F.K., BALLENGER, J.C., GOYER, P.F. & MAJOR, L.F. (1979), „Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites", *Psychiatry Research*, *1*, 131-140.

BROWN, G.W., BHROLCHAIN, M.N.I., & HARRIS, T.O. (1975), „Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population", *Sociology*, *9*, 225-254.

BROWN, J.H. (1979), „Suicide in Britain. More attempts, fewer deaths, lesson for public policy", *Archives of General Psychiatry*, *36*, 1119-1124.

BUNNEY, W.E. (Jr.) & FAWCETT, J.A. (1965), „Possibility of biochemical test for suicidal potential : An analysis of endocrine findings prior to three suicides", *Archives of General Psychiatry*, *13*, 232-239.

BUTCHER, J.N. & BEMIS, K.M. (1983), „Abnormal behavior in cultural context", in Adams, H.E. & Sutker, P.B. (eds.), *Comprehensive Handbook of Psychopathology*, 111-139, New York, Plenum Press.

BUTCHER, J.N. & PANCHERI, P. (1976), *A Handbook of Cross-National MMPI Research*, Minneapolis, University of Minnesota Press.

CAIN, J. (1959), *Le Problème des névroses expérimentales*, Paris, Desclée de Brouwer.

CAMERON, N.A. & GARNER, A.M. (1951), *Behavior Pathology*, Boston, Houghton Mifflin.

CAMPBELL, D.T. (1968), „Quasi-experimental design", in Sills, D.L. (ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, *5*, 259-263, New York, Macmillan & Free Press.

CARLETON, J.L. (1977), „Social psychiatry : an overview", in Wolman, B.B. (ed.), *International Encyclopedia of Psychiatry*, *Psychology*, *Psychoanalysis & Neurology*, vol. 10, 321-324, New York, Aesculapius.

CARP, E. & DELLAERT, R. (1976), *Images du monde chez les malades mentaux et psychothérapies*, Paris, Editions ESF.

CARSON, R.C., BUTCHER, J.N. & COLEMAN, J.C. (1988), *Abnormal Psychology and Modern Life*, Glenview, Ill., Scott, Foresman & Co, (ed. a 8-a).

CAUDILL, W., REDLICH, F.C., GILMORE, H.R. & BRODY, E.B. (1952), „Social structure and interaction processes on a psychiatric ward", *American Journal of Orthopsychiatry*, *22*, 314-334.

CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE (1972), *Modèles animaux du comportement humain*, Paris, Editions du CNRS.

CHANOIT, P.F. & DE VERBIZIER, J. (eds.) (1986), *Recherches en psychiatrie sociale*, Toulouse, Eres.

CHERRY, E.C. (1953), „Some experiments on the recognition of speech, with one and with two ears", *Journal of the Acoustical Society of America*, *25*, 975-979.

CHRISTENSEN, L.B. (1977), *Experimental Methodology*, Boston, Allyn & Bacon.

CICCHETTI, D. (1984), „The emergence of developmental psychopathology", *Child Development*, *55*, 1-7.

CLAUSEN, J.A. (1986), „A 15- to 20-year follow-up of married adult psychiatric patients", in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds.), *Life-Span Research on the Prediction of Psychopathology*, 175-194, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.

COBB, S. (1976), „Social support as a moderator of life stress", *Psychosomatic Medicine*, *38*, 300-314.

COHEN, D.J. & DONNELLAN, A.M. (eds.) (1987), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, New York, John Wiley & Sons.

CONDON, T.J. & ALLEN, G.J. (1980), „Role of psychoanalytic merging fantasies in systematic desensitization: a rigorous methodological examination", *Journal of Abnormal Psychology*, *89*, 437-443.

COOPER, A.B. (1977), „Structural theory: Post-freudian", in Wolman, B.B. (ed.), *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis, & Neurology*, vol. 11, 8-11, New York, Aesculapius.

COOPER, J. & SARTORIUS, N. (1977), „Cultural and temporal variations in schizophrenia: a speculation on the importance of industrialization", *British Journal of Psychiatry*, *130*, 50-55.

COPENHAVER, J.H., SCHALOCK, R.L. & CARVER, M.J. (1978), „Parachloro-D, L-phenylalanine induced filicidal behavior in the female rat", *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, *8*, 263-270.

CORNBLATT, B. & MARCUSE, Y. (1986), „Children at high risk for schizophrenia: Predictions from childhood to adolescence", in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds.), *Life-Span Research on the Prediction of Psychopathology*, 101-117, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.

CORSON, S.A., O'LEARY CORSON, E. & ALEXANDER, J.A. (1980), *Ethology and Nonverbal Communication in Mental Health. An Interdisciplinary Biopsychosocial Exploration*, New York, Pergamon Press.

CORTEEN, R.S. & DUNN, D. (1974), „Shock-associated words in a nonattended message: a test for momentary awareness", *Journal of Experimental Psychology*, *102*, 1143-1144.

CORTEEN, R.S. & WOOD, B. (1972), „Autonomic responses to shock-associated words in an unattended channel", *Journal of Experimental Psychology*, *94*, 308-313.

COSNIER, J. (1966), *Les Névroses expérimentales. De la psychologie animale à la pathologie humaine*, Paris, Editions du Seuil.

COSNIER, J. (1977), „Spécificité de l'attitude éthologique dans l'étude du comportement humain", *Psychologie Médicale*, *9*, 2025-2030.

COSTIN, F. & DRAGUNS, J.G. (1989), *Abnormal Psychology. Patterns, Issues, Interventions*, New York, John Wiley & Sons.

COTTRAUX, J. (1984), *Les Thérapies comportementales*, Paris, Masson.

COTTRAUX, J., BOUVARD, M. & LEGERON, P. (1985), *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*, Issy-les-Moulineaux, Editions d'Application Psychotechniques.

COTTRAUX, J., BOUVARD, M. & LUCAS, M. (1984), „Les obsessions-compulsions", in Fontaine, O., Cottraux, J. & Ladouceur, R. (eds.), *Cliniques de thérapie comportementale*, 91-104, Bruxelles, Pierre Mardaga.

COURCHESNE, E., YEUNG-COURCHESNE, R., PRESS, G.A., HESSELINK, J.R. & JERNIGAN, T.L. (1988), „Hypoplasia of cerebellar vermal lobules VI and VII in autism", *The New England Journal of Medicine*, *318*, 1349-1354.

COYNE, J.C. & GOTLIB, I.H. (1983), „The role of cognition in depression: a critical appraisal", *Psychological Bulletin*, *94*, 472-505.

CREWS, F. (1985, 21 ianuarie), „The future of an illusion", *The New Republic*, 28-33.

CROCQ, L. (1986), „Spécificité de la recherche en psychiatrie sociale", in Chanoit, P.F. & de Verbizier, J. (eds.), *Recherches en psychiatrie sociale*, 45-61, Toulouse, Erès.

CYRULNIK, B. (1987), „Ethologie humaine et clinique", *Encyclopédie Médico--Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37887 A[10], 12, 1-6.

DAMAYE, H. (1925), *Études de psychiatrie sociologique*, Paris, Maloine.

DAVIS, K.L., HOLLIESTER, L.E., MATHE, A.A., DAVIS, B.M., ROTHPEARL, A.B., FAULL, K.F., HSIEH, J.Y.K., BARCHAS, J.D. & BERGER, P.A. (1981), „Neuroendocrine and neurochemical measurements in depression", *American Journal of Psychiatry*, *138*, 1555-1561.

DAVISON, G.C. (1967), „Some problems of logic and conceptualization in behavior therapy research and theory", comunicare prezentată la *First Annual Meeting of the Association for the Advancement of the Behavioral Therapies*, American Psychological Association, Washington, D.C.

DEAN, A. & LIN, N. (1977), „The stress-buffering role of social support", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *165*, 403-417.

DEANE, W.N. (1961), „The reactions of a nonpatient to a stay on a mental hospital ward", *Psychiatry*, *24*, 61-68.

DEBUYST, C. (1985), *Modèle éthologique et criminologie*, Bruxelles, Pierre Mardaga.

DEGEORGE, R.T. & DEGEORGE, F.M. (1972), *The Structuralists. From Marx to Lévi-Strauss*, Garden City, N.Y., Anchor Books.

DE KONING, A.J.J. (1979), „The qualitative method of research in the phenomenology of suspicion", in Giorgi, A., Knowles, R. & Smith, D.L. (eds.), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. III, 122-134, Pittsburgh, Duquesne University Press.

DELLAERT, R. & CARP, E.A.D.E. (1956), *Nouvelles Orientations de la psychiatrie infantile*, Lyon, Emmanuel Vitte.

DEMARET, A. (1979), *Ethologie et psychiatrie. Valeur de survie et phylogenèse des maladies mentales*, Bruxelles, Pierre Mardaga.

DE NEUTER, P. & FLORENCE, J. (eds.) (1988), *Sciences et Psychanalyse*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael.

DEVEREUX, G. (1965), „Les origines sociales de la schizophrénie ou la schizophrénie sans larmes", *L'Information psychiatrique*, *41*, 783-799.

DEVEREUX, G. (1977), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard (ed. a 3-a).

DEVEREUX, G. (1982), *Psychothérapie d'un indien des plaines*, Paris, Godefroy.

DEVEREUX, G. (1985), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.

DIGRIGORIO, J.M. (1983), „A psychological investigation of deinstitutionalization", teză de doctorat, *The Union Graduate School*, Cincinnati (Ohio).

DIXON, N.F. (1981), *Preconscious Processing*, Chichester, John Wiley & Sons.

DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S. (1969), *Social Status and Psychological Disorder. A Causal Inquiry*, New York, Wiley-Interscience.

DOHRENWEND, B.P., SHROUT, P.E., EGRI, G. & MENDELSOHN, F.S. (1980), „Non specific psychological distress and other dimensions of psychopathology : measures for use in the general population", *Archives of General Psychiatry*, *37*, 1229-1236.

DOLEYS, D.M. (1989), „Functional enuresis and encopresis", in Last, C.G. & Hersen, M. (eds.), *Handbook of Child Psychiatric Diagnosis*, 427-442, New York, John Wiley & Sons.

DOLLARD, J. & MILLER, N.E. (1950), *Personnality and Psychotherapy. An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*, New York, McGraw-Hill.

DRAGUNS, J.G. (1973), „Comparisons of psychopathology across cultures : Issues, findings, directions", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *4*, 9-47.

DRAGUNS, J.G., PHILLIPS, L., BROVERMAN, I.K. & CAUDILL, W. (1970), „Social competence and psychiatric symptomatology in Japan : A cross-cultural extension of earlier American findings", *Journal of Abnormal Psychology*, *75*, 68-73.

DUFFY, E. (1962), *Activation and Behavior*, New York, John Wiley & Sons.

DUFRANCATEL, C. (1969), *La Sociologie des maladies mentales. Tendances actuelles de la recherche et bibliographie*, Paris, Mouton.

DUMONT, M. & MARKOVITS, H. (1985), „Les gestes stéréotypés chez les enfants handicapés de la vue, dans un groupe de pairs", in Tremblay, R.E., Provost, M.A. & Strayer, F.F. (eds.), *Ethologie et développement de l'enfant*, 349-360, Paris, Stock/Laurence Pernoud.

DUNHAM, H.W. (1965), *Community and Schizophrenia. An Epidemiological Analysis*, Detroit, Wayne State University Press.

DUYCKAERTS, F. (1972), „L'objet d'attachement : médiateur entre l'enfant et le milieu", in Duyckaerts, F., Hindley, C.B., Lézine, I., Reuchlin, M. & Zempléni, A., *Milieu et développement*, 219-245, Paris, PUF.

EATON, W.W. (1978), „Life events, social supports, and psychiatric symptoms : A re-analysis of the New Haven Data", *Journal of Health and Social Behavior*, *19*, 230-234.

EATON, W.W. (1985), „Epidemiology of schizophrenia", *Epidemiologic Reviews*, *7*, 105-126.

EDELSON, M. (1985), „The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis", *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, *8*, 567-614.

EDGERTON, R.B. (1969), „On the «recognition» of mental illness", in Plog, S.C. & Edgerton, R.B. (eds.), *Changing Perspectives in Mental Illness*, 49-72, New York, Holt, Rinehart & Winston.

EKEHAMMAR, B. (1974), „Interactionism in personality from a historical perspective", *Psychological Bulletin*, *81*, 1026-1048.

ELLENBERGER, H.F. (1950), „Die Putzwut", *Der Psychologe*, *2*, 91-138.

ELLENBERGER, H.F. (1974), *À La Découverte de l'inconscient. Histoire de la psychiatrie dynamique*, Villeurbanne, SIMEP.

ELLENBERGER, H.F. & MURPHY, H.B.M. (1978), „Les névroses et les états mineurs", *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 4-37725 B[10], 43-47.

ELLIS, A. (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Secaucus, N.J., L. Stuart.

ELLIS, W.G. (1893), „The Amok of the Malays", *Journal of Mental Science*, *39*, 325-338.

EMERY, G., HOLLON, S.D. & BEDROSIAN, R.C. (eds.) (1981), *New Directions in Cognitive Therapy. A Casebook*, New York, Guilford Press.

ENGEL, G.L. (1977), „The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science*, *196*, 129-136.

ERDELYI, M.H. (1985), *Psychoanalysis. Freud's Cognitive Psychology*, New York, Freeman.

ERIKSON, E.H. (1982), *Enfance et société*, Paris, Delachaux et Niestlé.

ERLENMEYER-KIMLING, L. & MILLER, N.E. (eds.) (1986), *Life-span Research on the Prediction of Psychopathology*, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

ESSEN-MÖLLER, E. (1971), „Suggestions for further improvement of the international classification of mental disorders", *Psychological Medicine*, *1*, 308-311.

ESSEN-MÖLLER, E. & WOHLFAHRT, S. (1947), „Suggestions for the amendment of the official Swedish classification of mental disorders", *Acta Psychiatrica et Neurologica*, supl. 47, 551-555.

EVANS, F.C. (1956), „Ecosystem as the basic unit in ecology", *Science*, *123*, 1127-1128.

EVANS, R.B. (1977), „Structuralism", in Wolman, B.B. (ed.), *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis, & Neurology*, vol. 11, 7-8, New York, Aesculapius.

EY, H. (1948), *Études psychiatriques*, vol. 1, *Historique - méthodologie - psychopathologie générale*, Paris, Desclée de Brouwer & Cie.

EY, H. (1950), *Études psychiatriques*, vol. 2, *Aspects séméiologiques*, Paris, Desclée de Brouwer & Cie.

EY, H. (1954), *Études psychiatriques*, vol. 3, *Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*, Paris, Desclée de Brouwer & Cie.

EY, H. (1963), *La Conscience*, Paris, PUF.

EY, H. (1973), *Traité des hallucinations*, Paris, Masson.

EY, H. (1975), *Des Idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, Toulouse, Privat.

EY, H. & HENRIC, E. (1959), „Hérédité et névroses", *Evolution psychiatrique*, 2, 287-304.

EYSENCK, HJ. (1959), „Learning theory and behaviour therapy", *Journal of Mental Science*, *105*, 61-75.

EYSENCK, H.J. (1960), *Behaviour Therapy and the Neuroses. Readings in modern methods of treatment derived from learning theory*, Oxford, Symposium Publications Division, Pergamon Press.

EYSENCK, H.J. (ed.) (1964), *Experiments in Behaviour Therapy. Readings in modern methods of treatment of mental disorders denvedfrom learning theory*, Oxford, Pergamon Press.

EYSENCK, H.J. & RACHMAN, S. (1965), *The Causes and Curves of Neurosis. An introduction to modern behaviour therapy based on learning theory and the principles of conditioning*, London, Routledge and Kegan Paul.

EYSENCK, M.W. (1976), „Arousal, learning, and memory", *Psychological Bulletin*, *83*, 389-404.

FAGES, J.-B. (1990), *Comprendre Jacques Lacan*, Toulouse, Privat (ed. nouă).

FARIS, R.E.L. & DUNHAM, H.W. (1939), *Mental Disorders in Urban Areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses*, Chicago, The University of Chicago Press.

FEDIDA, P. (ed.) (1986), *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*, Paris, G.R.E.U.P.P.

FEIGHNER, J.P., ROBINS, E., GUZE, S.B., WOODRUFF, R.A. (Jr.), WINOKUR, G. & MUÑOZ, R. (1972), „Diagnostic criteria for use in psychiatric research", *Archives of General Psychiatry*, *26*, 57-63.

FEINSTEIN, A.R. (1988), ICD, POR, and DRG, „Unsolved scientific problems in the nosology of clinical medicine", *Archives of Internal Medicine*, *148*, 2269-2274.

FENTON, G.W. (1982), „Hysterical alterations of conciousness", in Roy, A. (ed.), *Hysteria*, 229-246, Chichester, John Wiley & Sons.

FERGUSSON, D.M., HORWOOD, L.J. & SHANNON, F.T. (1986), „Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control : an 8-year longitudinal study", *Pediatrics*, *78*, 884-890.

FINE, R. (1975), „The bankruptcy of behaviorism", *Psychoanalytic Review*, *62*, 437-451.

FINNEY, J.W. & MOOS, R.H. (1979), „Treatment and outcome for empirical subtypes of alcoholic patients", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 25-38.

FISHER, S. & GREENBERG, R.P. (1977), *The Scientific Credibility of Freud's Theories and Therapy*, New York, Basic Books.

FISCHER, W.F. (1974), „On the phenomenological mode of researching «Being anxious»", *Journal of Phenomenological Psychology*, *4*, 405-423.

FLAHERTY, J.A., GAVIRIA, F.M., PATHAK, D., MITCHELL, T., WINTROB, R., RICHMAN, J.A. & BIRZ, S. (1988), „Developing instruments for cross-cultural psychiatric research", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *176*, 257-263.

FLAHERTY, J.A., KOHN, R., GOLBIN, A., GAVIRIA, M. & BIRZ, S. (1986), „Demoralization and social support in Soviet-Jewish immigrants to the United States", *Comprehensive Psychiatry*, *27*, 149-158.

FLOR-HENRY, P., FROMM-AUCH, D., TAPPER, M. & SCHOPFLOCHER, D. (1981), „A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria", *Biological Psychiatry*, *16*, 601-626.

FLORENCE, J. (1988), „Discussion de l'exposé de Jean Ladrière. Compte-rendu", in De Neuter, P. & Florence, J. (eds.), *Sciences et Psychanalyse*, 27-31, Bruxelles, De Boeck-Wesmael.

FOGLIO BONDA, P. (1987), *L'autismo infantile. Prospettive teoriche e di intervento*, Milano, Franco Angeli.

FOLEY, V.D. (1974), *An Introduction to Family Therapy*, New York, Grune & Stratton.

FONTAINE, O. (1978), *Introduction aux thérapies comportementales*, Bruxelles, Mardaga.

FONTAINE, O., COTTRAUX, J. & LADOUCEUR, R. (1984), *Cliniques de thérapie comportementale*, Bruxelles, Pierre Mardaga.

FORGET, J. & OTIS, R. (1984), „La modification de comportements sociaux difficiles chez l'enfant", in Fontaine, O., Cottraux, J. & Ladouceur, R. (eds.), *Cliniques de thérapie comportementale*, 223-244, Bruxelles, Pierre Mardaga.

FORSTER, P.M. & GOVIER, E. (1978), „Discrimination without awareness?", *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *30*, 289-295.

FORTIN, A. (1982), „Plans de recherche quasi-expérimentaux", in Robert, M. (ed.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, 119-132, Montréal, Chenelière et Stanké.

FORTIN, D. (1983), *Impact du chomage sur le bien-être psychologique et la santé mentale : Revue de la littérature*, Ste-Foy, Université Laval.

FOULQUIÉ, P. (1968), *L'Existentialisme*, Paris, PUF (ed. a 15-a).

FOULQUIÉ, P. (1978), *Vocabulaire des sciences sociales*, Paris, PUF.

FOULQUIÉ, P. (1986), *Dictionnaire de la langue philosophique*, Paris, PUF (ed. a 5-a).

FRAIBERG, S. & FREEDMAN, D.A. (1964), „Studies in the ego development of the congenitally blind child", *The Psychoanalytic Study of the Child*, *19*, 113-169.

FRANKL, V.E. (1959), *From death-camp to existentialism: a psychiatrist's path to a new therapy*, Boston, Beacon Press.

FRARY, L.G. (1935), „Enuresis: A genetic study", *American Journal of Diseases of Children*, *49*, 557-578.

FREUD, S. (1925), „Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes", in Strachey, J. (ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. XIX, 243-258, London, The Hogarth Press, 1961.

FREUD, S. (1932), *L'Avenir d'une illusion*, Paris, Denoël et Steele.

FREUD, S. (1934), *Malaise dans la civilisation*, Paris, Denoël et Steele.

FREUD, S. (1936), *Nouvelles Conférences sur la psychanalyse*, Paris, Gallimard.

FREUD, S. (1941), *Ecrits posthumes*, *Gesammelte Werke*, 17, 151.

FREUD, S. (1947), *Totem et tabou*, Paris, Payot.

FREUD, S. (1948), *Moďse et le monothéisme*, Paris, Gallimard.

FREUD, S. (1948), *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Payot.

FREUD, S. (1950), *La Science des rêves*, Paris, PUF.

FREUD, S. (1951), *L'Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot.

FREUD, S. (1951), „Au-delà du principe de plaisir", in Freud, S., *Essais de psychanalyse*, 5-75, Paris, Payot.

FREUD, S. (1951), „Psychologie collective et analyse du Moi", in Freud, S., *Essais de psychanalyse*, 76-162, Paris, Payot.

FREUD, S. (1951), „Le Moi et le ça", in Freud, S., *Essais de psychanalyse*, 163-218, Paris, Payot.

FREUD, S. (1956), *Les Études sur l'hystérie*, Paris, PUF.

FREUD, S. (1962), *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard.

FREUD, S. (1965), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF (ed. nouă).

GALIN, D., DIAMOND, R. & BRAFF, D. (1977), „Lateralization of conversion symptoms: more frequent on the left", *American Journal of Psychiatry*, *134*, 578-580.

GALLAGHER, B.J. (1987), *The Sociology of Mental Illness*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall (ed. a 2-a).

GALLUP, G.G. (Jr.) & MASER, J.D. (1977), „Tonic immobility: evolutionary underpinnings of human catalepsy and catatonia", in Maser, J.D. & Seligman, M.E.P., *Psychopathology. Experimental models*, 334-357, San Francisco, W.H. Freeman.

GARDNER, L. (1979), „Behaviorism and dynamic psychology: Skinner and Freud", *The Psychoanalytic Review*, *66*, 253-262.

GARMEZY, N., MASTEN, A., NORDSTROM, L. & FERRARESE, M. (1979), „The nature of competence in normal and deviant children", in Kent, M.W. & Rolf, J.E. (eds.), *Primary Prevention of Psychopathology*, vol. 3, *Social Competence in Children*, 23-43, Hanover, N.H., University Press of New England.

GARNIER, M., DELAMARE, V., DELAMARE, J. & DELAMARE-RICHE, T. (1989), *Dictionnaire des termes de médecine*, Paris, Maloine (ed. a 22-a).

GASTAUT, H., BATINI, C., BROUGHTON, R., FRESSY, J. & TASSINARI, C.A. (1965), „Étude électroencéphalographique des phénomènes épisodiques non épileptiques au cours du sommeil", in La Société d'Électroencéphalographie et de Neurophysiologie clinique de langue française (ed.), *Le sommeil de nuit normal et pathologique. Études électroencéphalographiques*, 215-236, Paris, Masson.

GASTAUT, H. & BROUGHTON, R.G. (1963), „Etude polygraphique de l'énurésie nocturne", *Revue Neurologique*, *109*, 246-247.

GAUTHIER, R. (1985), „Techniques d'enregistrement du comportement", in Tremblay, R.E., Provost, M.A. & Strayer, F.F. (eds.), *Ethologie et développement de l'enfant*, 59-75, Paris, Stock/Laurence Pernoud.

GAY, P. (1969), „Weimar culture: the outsider as insider", in Fleming, D. & Bailyn, B. (eds.), *The Intellectual Migration*, 11-93, Cambridge, Harvard University Press.

GAYDA, M., VACOLA, G. & BORNSTEIN, S. (1985), „L'homosexualité dans le DSM-III", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 114-117, Paris, Masson.

GIORGI, A. (1966), „Phenomenology and experimental psychology: II", *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, *6*, 37-50.

GIORGI, A. (1971), „Phenomenology and experimental psychology: I", in Giorgi, A., Fischer, W.F. & Von Eckartsberg, R. (eds.), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. I, 6-16. Pittsburgh, Duquesne University Press.

GIORGI, A. (1975a), „Convergence and divergence of qualitative and quantitative methods in psychology", in Giorgi, A., Fisher, C.T. & Murray, E.L. (eds.), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. II, 72-79, Pittsburgh, Duquesne University Press.

GIORGI, A. (1975b), „An application of phenomenological method in psychology", in Giorgi, A., Fisher, C.T. & Murray, E.L. (eds.), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. II, 82-103, Pittsburgh, Duquesne University Press.

GIORGI, A. (1983), „Concerning the possibility of phenomenological psychological research", *Journal of Phenomenological Psychology*, *14*, 129-169.

GISSELMANN, A., GRILLET, C., TRAPET, P. & MARIN, A. (1985), „Apport du DSM-III par ses axes III, IV et V. Réflexions à partir de quelques études épidémiologiques psychiatriques", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 149-153, Paris, Masson.

GIURGEA, C.E. (1986), *L'Héritage de Pavlov. Un demi-siècle après sa mort*, Bruxelles, Pierre Mardaga.

GLICK, M., ZIGLER, E. & ZIGLER, B. (1985), „Developmental correlates of age at first hospitalization in nonschizophrenic psychiatric patients", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *173*, 677-684.

GODEFROY, P. (1983), „Jacques-Marie-Emile Lacan", in Postel, J. & Quétel, C. (eds.), *Nouvelle histoire de la Psychiatrie*, 660-661, Toulouse, Privat.

GOFFMAN, E. (1961), *Asylums : Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York, Doubleday & Company.

GOFFMAN, E. (1968), *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Editions de Minuit.

GOGUELIN, P. (1983), „Comprendre les hommes, construire des modèles", in Actes du Colloque : Comprendre l'homme, construire des modèles : *Les Modèles implicites et explicites en psychologie*, 85-92, Paris, Société Française de Psychologie.

GOLDBERG, D.P. (1972), *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. A Technique for the Identification and Assessment of Non-Psychotic Psychiatric Illness*, London, Oxford University Press.

GOLDBERG, E.M. & MORRISON, S.L. (1963), „Schizophrenia and social class", *British Journal of Psychiatry*, *109*, 785-802.

GOLDHAMER, H. & MARSHALL, A.W. (1953), *Psychosis and Civilization. Two Studies in the Frequency of Mental Disease*, Glencoe, Ill., Free Press.

GOLDMAN, A.R., BOHR, R.H. & STEINBERG, T.A. (1970), „On posing as mental patients : reminiscences and recommendations", *Professional Psychology*, *1*, 427-434.

GOTTLIEB, B.H. (ed.) (1981), *Social Networks and Social Supports*, Beverly Hills, Ca., Sage publications.

GOUNONGBE, A., PIREAUX, J.P. & PELC, I. (1985), „Représentation et place de l'événement en psychopathologie, en Europe et en Afrique", in Guyotat, J. & Fédida, P. (eds.), *Evénement et psychopathologie*, 74-79, Villeurbanne, SIMEP.

GOUPIL, G. (1981), *Les Conditions d'intégration de l'élève handicapé de la vue dans les écoles régulières du Québec*, Montréal, Université de Montréal.

GOVIER, E. & PITTS, M. (1982), „The contextual disambiguation of a polysemous word in an unattended message", *British Journal of Psychology*, *73*, 537-545.

GREENBERG, R.P. & FISHER, S. (1983), „Freud and the female reproductive process : tests and issues", in Masling, J. (ed.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, vol. 1, 251-281, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.

GREMY, F., TOMKIEWICZ, S., FERRARI, P. & LELORD, G. (eds.) (1987), *Autisme infantile*, colocviu internaţional INSERM-CNRS, la iniţiativa ARAPI (Paris, 11-13 decembrie 1985), Paris, INSERM.

GROSSBERG, J.M. (1964), „Behavior therapy : a review", *Psychological Bulletin*, *62*, 73-88.

GRUNBERG, F. (1980), „État actuel de la psychiatrie", in Lalonde, P. & Grunberg, F. (eds.), *Psychiatrie clinique. Approche contemporaine*, 1-32, Chicoutimi, Gaëtan Morin.

GRUZELIER, J. (1981), „Hemispheric imbalances masquerading as paranoid and non paranoid syndromes", *Schizophrenia Bulletin*, *7*, 662-673.

HALEY, J., CAILLE, P., AUSLOOS, G., FERREIRA, A.J., SLUZKI, C.E., VERON, E. & BENOIT, J.-C. (1980), *Changements systémiques en thérapie familiale*, Paris, Editions ESF.

HALLIDAY, A.M. (1968), „Computing techniques in neurological diagnosis", *British Medical Bulletin*, *24*, 253-259.

HAMMER, M. (1981), „Social supports, social networks, and schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, *7*, 45-57.

HARDY, P. (1986), „Aspects cognitifs de la pathologie dépressive", *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 9-37110 A^{10} (fişa a 2-a), 1-3.

HARE, E. (1983), „Was insanity on the increase?", *British Journal of Psychiatry*, *142*, 439-455.

HARLOW, H.F. (1958), „The nature of love", *The American Psychologist*, *13*, 673-685.

HARRIS, F.R., JOHNSTON, M.K., KELLY, C.S. & WOLF, M.M. (1964), „Effects of positive social reinforcement on regressed crawling of a nursery school child", *Journal of Educational Psychology*, *55*, 35-41.

HARRISON, S. (1970), „Is psychoanalysis «our science»? Reflections on the scientific status of psychoanalysis", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *18*, 125-149.

HASPEL, K.C. & HARRIS, R.S. (1982), „Effect of tachistoscopic stimulation of subconscious oedipal wishes on competitive performance: a failure to replicate", *Journal of Abnormal Psychology*, *91*, 437-443.

HEILBRUN, K.S. (1980), „Silverman's subliminal psychodynamic activation: A failure to replicate", *Journal of Abnormal Psychology*, *89*, 560-566.

HELMAN, Z. (ed.) (1973), *Psychopathologie structurale. 1. Études et recherches*, Paris, Université de Lille III, Editions Universitaires.

HELMAN, Z. (ed.) (1977), *Psychopathologie structurale. 2. Études et recherches*, Lille, Publications de l'Université de Lille III.

HELMAN, Z. (ed.) (1980), *Psychopathologie structurale. 3. Structure et évolution*, Lille, Presses Universitaires de Lille.

HELMAN, Z. (ed.) (1984), *Psychopathologie structurale. 4. Délire et vision en images*, Toulouse, Erès.

HENDERSON, S., BYRNE, D.G. & DUNCAN-JONES, P. (1981), *Neurosis and the Social Environment*, Sidney, Academic Press.

HEREFORD, S.M., CLELAND, C.C. & FELLNER, M. (1973), „Territoriality and scent-marking: a study of profoundly retarded enuretics and encopretics", *American Journal of Mental Deficiency*, *77*, 426-430.

HERNANDEZ-PEON, R., CHAVEZ-IBARRA, G. & AGUILAR-FIGUEROA, E. (1963), „Somatic evoked potentials in one case of hysterical anaesthesia", *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, *15*, 889-892.

HEUYER, G. (1970), Préface, in Rouault de la Vigne, A., *Eléments de psychopathologie médico-sociale*, vol. 1, *L'Adulte*, Paris, Editions ESF.

HOCH, P.H. (1972), *Differential Diagnosis in Clinical Psychiatry*, New York, Aronson.

HONDA, Y. (1983), „DSM-III in Japan", in Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Skodol, A.E. (eds.), *International Perspectives on DSM-III*, 185-201, Washington, American Psychiatric Press.

HONIGMANN, J.J. (1968), „The study of personality in primitive societies", in Norbeck, E., Price-Williams, D. & McCord, W.M. (eds.), *The Study of Personality. An Interdisciplinary Appraisal*, 246-276, New York, Holt, Rinehart & Winston.

HOOLEY, J.M., NEALE, J.M. & DAVISON, G.C. (eds.) (1989), *Readings in Abnormal Psychology*, New York, John Wiley and Sons.

HORVATH, T., FRIEDMAN, J. & MEARES, R. (1980), „Attention in hysteria : a study of Janet's hypothesis by means of habituation and arousal measures", *American Journal of Psychiatry*, *137*, 217-220.

HOWARD, J.E. & DORFMAN, L.J. (1986), „Evoked potentials in hysteria and malingering", *Journal of Clinical Neurophysiology*, *3*, 39-49.

HOWELLS, J.G. (ed.) (1988), *Modern Perspectives in Psychosocial Pathology. Modern Perspectives in Psychiatry*, New York, Brunner/Mazel.

HUBER, W. (1987), *La Psychologie clinique aujourd'hui*, Bruxelles, Pierre Mardaga.

HUI, C.H. & TRIANDIS, H.C. (1985), „Measurement in cross-cultural psychology. A review and comparison of strategies", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *16*, 131-152.

HULL, C.L. (1943), *Principles of Behavior : An Introduction to Behavior Theory*, New York, Appleton-century company.

HULL, C.L. (1964), *A behavior System. An introduction to behavior theory concerning the individual organism*, New York, Science Editions.

HUTT, S.J. & HUTT, C. (eds.) (1970), *Behaviour Studies in Psychiatry*, Oxford, Pergamon Press.

INGRAM, R.E. & KENDALL, P.C. (1986), „Cognitive clinical psychology : implications of an information processing perspective", in Ingram R.E. (ed.), *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*, 3-21, Orlando, Fla, Academic Press.

INOUYE, E. (1972), „Genetics aspects of neurosis : a review", *International Journal of Mental Health*, *1*, 176-189.

IONESCU, Ş. (1989), „Psychologie, psychopathologie et sida", *Psychologie française*, *34*, 113-126.

IRVINE, S.H. & CARROLL, W.K. (1980), „Testing and assessment across cultures : issues in methodology and theory", in Triandis, H.C. & Berry, J.W. (eds.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology. Methodology*, vol. 2, 181-244, Boston, Allyn & Bacon.

ISHIYAMA, T., BATMAN, R. & HEWITT, E. (1967), „Let's be patients", *American Journal of Nursing*, *67*, 569-571.

IVANOV-SMOLENSKY, A.G. (1955), „Essais sur la physiopathologie de l'activité nerveuse supérieure", *La Raison*, 11-12.

JABLENSKY, A., SCHWARZ, R. & TOMOV, T. (1980), „WHO collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *62*, supl. 285, 152-163.

JAMES, W. (1890), *Principles of Psychology*, New York, H. Holt, Rinehart & Winston.

JAMPALA, V.C., SIERLES, F.S. & TAYLOR, M.A. (1986), „A consumer's view of *DSM-III* : Attitudes and practices of U.S. psychiatrists and 1984 graduating psychiatric residents", *The American Journal of Psychiatry*, *143*, 148-153.

JAMPALA, V.C., SIERLES, F.S. & TAYLOR, M.A. (1988), „The use of *DSM-III* in the United States : a case of not going by the book", *Comprehensive Psychiatry*, *29*, 39-47.

JASNOSKI, M.L. (1984), „The ecosystemic perspective in clinical assessment and intervention", in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 41-56, New York, John Wiley & Sons.

JASPERS, K. (1928), *Psychopathologie générale*, Paris, Librairie Félix Alcan.

JESTE, D.V., CARMEN, R., LOHR, J.B. & WYATT, R.J. (1985), „Did schizophrenia exist before the eighteenth century ?", *Comprehensive Psychiatry*, *26*, 493-503.

JOHNSON, J.H. & SARASON, I.G. (1979), „Moderator variables in life stress research", in Sarason, I.G. & Spielberger, C.D. (eds.), *Stress and Anxiety*, vol. 6, 151-167, Washington, D.C., Hemisphere Publishing.

JONES, E.E. (1978), „Black-White personality differences : another look", *Journal of Personality Assessment*, *42*, 244-252.

JONES, M. (1952), „Social psychiatry", *A Study of Therapeutics Communities*, London, Tavistock Publications.

JUNI, S. & NELSON, S.P. (1984), „Minor tonality music preference and oral dependency", manuscris nepublicat.

KANTOR, J.R. (1924), *Principles of Psychology*, vol. 1, New York, Alfred A. Knopf.

KAPLAN, B. (1967), „Meditations on genesis", *Human Development*, *10*, 65-87.

KAPLAN, B.J., FRIEDMAN, W.A. & GRAVENSTEIN, D. (1985), „Somatosensory evoked potentials in hysterical paraplegia", *Surgical Neurology*, *23*, 502-506.

KARNO, M., BURNAM, M.A., ESCOBAR, J.I., HOUGH, R.L. & EATON, W.W. (1983), „Development of the spanish-language version of the National

Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule", *Archives of General Psychiatry*, *40*, 1183-1188.

KAUFMAN, M.E. & LEVITT, H. (1965), „A study of three stereotyped behaviors in institutionalized mental defectives", *American Journal of Mental Deficiency*, *69*, 467-473.

KAYE, N. (1975), „The therapeutic value of three merging stimuli for male schizophrenics", teză de doctorat nepublicată, Yeshiva University.

KAZDIN, A.E., FRENCH, N.H., UNIS, A.S., ESVELDT-DAWSON, K. & SHERICK, R.B. (1983), „Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 504-510.

KEENEY, B.P. (1984), „An ecological epistemology for therapy", in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 24-40, New York, John Wiley & Sons.

KEITH, D.V. (1980), „Family therapy and lithium deficiency", *Journal of Marital and Family Therapy*, *6*, 49-53.

KELLY, G.A. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*, New York, W.W. Norton.

KENDALL, P.C. & HOLLON, S.D. (eds.) (1979), „Cognitive-behavioral interventions", *Theory, Research, and Procedures*, New York, Academic Press.

KENDELL, R.E. (1982), „The choice of diagnostic criteria for biological research", *Archives of General Psychiatry*, *39*, 1334-1339.

KENNEDY, J.G. (1973), „Cultural psychiatry", in Honigmann, J.J. (ed.), *Handbook of Social and Cultural Anthropology*, 1119-1198, Chicago, Rand McNally College Publishing Company.

KENNEDY, J.L., GIUFFRA, L.A., MOISES, H.W., CAVALLI-SFORZA, L.L., PAKSTIS, A.J., KIDD, J.R., CASTIGLIONE, C.M., SJOGREN, B., WETTERBERG, L. & KIDD, K.K. (1988), „Evidence against linkage of schizophrenia to markers on chromosome 5 in a northern swedish pedigree", *Nature*, *336(10)*, 167-170.

KENNY, M.G. (1983), „Paradox lost : the latah problem revisited", *Journal of Nervous and Mental Disease*, *171*, 159-167.

KERTZMAN, D. (1978), „Dependency, frustration tolerance, and impulse control in child-abusers", teză de doctorat nepublicată, State University of New York at Buffalo.

KIEV, A. (1972), *Transcultural Psychiatry*, New York, Free Press.

KIMMEL, H.D. (1971), *Experimental Psychopathology. Recent Research and Theory*, New York, Academic Press.

KIMURA, B. (1971), „Struktur des Selbstbewusstseins bei Japaner in Spiegel der sogenannten «Anthropophobien»", *Transcultural Psychiatric Research Review*, *8*, 129-130.

KIPMAN, S.-D. (1989), *La Rigueur de l'intuition*, Paris, A.M. Métaillé.

KLERMAN, G.L. (1978), „The evolution of a scientific nosology", in Shershow, J.C. (ed.), *Schizophrenia. Science and Practice*, 99-121, Cambridge, Mass., Harvard University Press.

KLERMAN, G.L. (1985), „The significance of *DSM-III* in American psychiatry", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 19-40, Paris, Masson.

KLIGERMAN, M.J. & MCKEGNEY, F.P. (1971), „Patterns of psychiatric consultation in two general hospitals", *Psychiatry in Medicine*, 2, 126-132.

KLINE, P. (1972), *Fact and Fantasy in Freudian Theory*, London, Methuen.

KNIGHT, R.P. (1937), „The dynamics and treatment of chronic alcohol addiction", *Bulletin of the Menninger Clinic*, *1*, 233-250.

KOFFKA, K. (1935), *Principles of Gestalt Psychology*, New York, Harcourt, Brace and World.

KÖHLER, W. (1947), *Gestalt Psychology: An Introduction to New Concepts in Modern Psychology*, New York, Liveright.

KRANZ, H. & HEINRICH, K. (eds.) (1975), *Psychiatrische und ethologische Aspekte abnormen Verhaltens*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag.

KRUGER, A.K. (1954), „Direct and substitutive modes of tension-reduction in terms of developmental level: an experimental analysis by means of the Rorschach test", *Dissertation Abstracts International*, *14*, 1806 (University Microfilms nr. 00-09013).

KRUPINSKI, J. (1979), „Urbanization and mental health: Psychiatric morbidity, suicide and violence in the State of Victoria", *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, *13*, 139-145.

KUHN, T.S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press.

KUIPER, N.A., OLINGER, L.J. & MACDONALD, M.R. (1988), „Vulnerability and episodic cognitions in a self-worth contingency model of depression", in Alloy, L.B. (ed.), *Cognitive Processes in Depression*, 289-309, New York, The Guilford Press.

LABOVITZ, S. (1968), „Variation in suicide rates", in Gibbs, J.P. (ed.), *Suicide*, 57-73, New York, Harper and Row.

LACAN, J. (1956-1957), „Les Formations de l'inconscient", *Bulletin de Psychologie*, 11 (4, 5) şi 12 (2, 3, 4).

LACAN, J. (1977), „Ouverture de la section clinique", *Ornicar*, *9*, 7-14.

LADER, M. & SARTORIUS, N. (1968), „Anxiety in patients with hysterical conversion symptoms", *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *31*, 490-495.

LADOUCEUR, R., BOUCHARD, M.-A. & GRANGER, L. (1977), *Principes et applications des thérapies behaviorales*, Paris, Maloine.

LADRIERE, J. (1988), „Les sciences humaines et le problème de la scientificité", in De Neuter, P. & Florence, J. (eds.), *Sciences et Psychanalyse*, 9-26, Bruxelles, De Boeck-Wesmael.

LAGACHE, D. (1986), *La Folle du logis. La psychanalyse comme science exacte*, Paris, PUF.
LAING, R.D. (1967), *The Politics of Experience*, New York, Pantheon Books.
LALANDE, A. (1980), *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF (ed. a 13-a).
LAMB, H.R. (1979), „The new asylums in the community", *Archives of General Psychiatry*, *36*, 129-134.
LANDY, D. (1985), „Pibloktoq (hysteria) and Inuit nutrition: possible implication of hypervitaminosis A", *Social Science and Medicine*, *21*, 173-185.
LANG, P.J. & LAZOVIK, A.D. (1963), „Experimental desensitization of a phobia", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *66*, 519-525.
LANGER, E.J. (1978), „Rethinking the role of thought in social interaction", in Harvey, J.H., Ickes, W. & Kidd, R.F. (eds.), *New Directions in Attribution Research*, vol. 2, 35-58, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
LANTERI-LAURA, G. (1963), *La Psychiatrie phenomenologique. Fondements philosophiques*, Paris, PUF.
LANTERI-LAURA, G. (1966), „Les apports de la linguistique à la psychiatrie contemporaine", raport la *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française*, Grenoble, septembrie 1966.
LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. (1973), *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Paris, PUF.
LA RUE, A. & JARVIK, L.F. (1986), „Toward the prediction of dementias arising in the senium", in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds.), *Life-span Research on The Prediction of Psychopathology*, 261-274, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.
LASZLO, E. (1972), *A Systems View of the World*, New York, G. Braziller.
LAUBSCHER, B.J.F. (1937), *Sex, Custom and Psychopathology. A Study of South African Pagan Natives*, London, Routledge & Kegan Paul.
LEBOVICI, S. & WEIL-HALPERN, F. (eds.) (1989), *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF.
LEBOYER, M. (1985), *Autisme infantile. Faits et modèles*, Paris, PUF.
LECOMTE, C. (1987a), „Mythes et réalités de l'éclectisme en psychothérapie", in Lecomte, C. & Castonguay, L.G. (eds.), *Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme*, 23-38, Chicoutimi, Gaëtan Morin.
LECOMTE, C. (1987b), „Et maintenant, que faire? Les psychothérapeutes face à l'éclectisme", in Lecomte, C. & Castonguay, L.G. (eds.), *Rapprochement et intégration en psychothérapie. Psychanalyse, behaviorisme et humanisme*, 207-221. Chicoutimi, Gaëtan Morin.
LEDUC, A. (1984), *Recherches sur le behaviorisme paradigmatique ou social*, Brossard, Qué., Editions Behaviora.

LEE, I. & TYRER, P. (1980), „Responses of chronic agoraphobics to subliminal and supraliminal phobic motion pictures", *Journal of Nervous and Mental Disease*, *168*, 34-40.

LEE, I., TYRER, P. & HORN, S. (1983), „A comparison of subliminal, supraliminal and faded phobic cine-films in the treatment of agoraphobia", *British Journal of Psychiatry*, *143*, 356-361.

LEFEBVRE, P., BARROIS, C. & BAZOT, M. (1985), „*DSM-III* et psychiatrie militaire", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 60-65, Paris, Masson.

LEFEVRE, M., LEBOVICI, S. & JEAMMET, P. (1983), „L'application de la nouvelle classification américaine dite *DSM-III* à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent", *Psychiatrie de l'enfant*, *26*, 459-505.

LEFF, J.P. (1974), „Transcultural influences on psychiatrists, rating of verbally expressed emotion", *British Journal of Psychiatry*, *125*, 336-340.

LEGRAND, M. (1983), *Psychanalyse, science, société*, Bruxelles, Pierre Mardaga.

LE GUEN, C., FLOURNOY, O., STENGERS, I. & GUILLAUMIN, J. (1989), *La Psychanalyse, une science ?*, Paris, Les Belles Lettres.

LEIGHTON, A.H. (1959), *My Name is Legion. Foundations for a Theory of Man in Relation to Culture*, New York, Basic Books.

LESSE, S. (1979), „Behavioral problems masking depression: Cultural and clinical survey", *American Journal of Psychotherapy*, *33*, 41-53.

LESSER, R.P. (1985), „Psychogenic seizures", in Pedley, T.A. & Meldrum, B.S. (eds.), *Recent Advances in Epilepsy*, nr. 2, Edinburgh, Churchill Livingston.

LETENDRE, R., MONAST, D. & PICOTTE, F. (1988), „Dynamique de l'expérience de l'hospitalisation en département interne de psychiatrie chez les 18-30 ans", raportul unei cercetări subvenţionate de Conseil Québécois de la Recherche Sociale, Université du Québec à Montréal.

LEVEAU, J., GRIEZ, E. & MAZEL, J.-B. (1989), *Thérapies comportementales en psychiatrie*, Paris, Masson.

LEVINE, J. & ZIGLER, E. (1973), „The essential-reactive distinction in alcoholism: A developmental approach", *Journal of Abnormal Psychology*, *81*, 242-249.

LÉVI-STRAUSS, C. (1973), *Anthropologie structurale deux*, Paris, Plon.

LEVY, L. (1974), „Social class and mental disorder", *Psychiatrica Clinica*, *7*, 271-286.

LEVY, R. & BEHRMAN, J. (1970), „Cortical evoked responses in hysterical hemianaesthesia", *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, *29*, 400-402.

LEVY, R. & MUSHIN, J. (1973), „Somatosensory evoked responses in patients with hysterical anaesthesia", *Journal of Psychosomatic Research*, *17*, 81-84.

LEVY, L. & ROWITZ, L. (1973), *The Ecology of Mental Disorder*, New York, Behavioral Publications.

LEWIN, K. (1935), „A dynamic theory of personality", *Selected Papers*, New York, McGraw-Hill.

LIDBERG, L., ÅSBERG, M. & SUNDQVIST-STENSMAN, U.B. (1984), „5-hydroxyindoleacetic acid levels in attempted suicides who have killed their children", *Lancet*, 2, 928.

LIDBERG, L., TUCK, J.R., ÅSBERG, M., SCALIA-TOMBA, G.P. & BERTILSSON, L. (1985), „Homicide, suicide and CSF 5-HIAA", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *71*, 230-236.

LIDZ, T. (1973), „Adolf Meyer – Psychobiologie et psychiatrie dynamique", *Confrontations Psychiatriques*, *6*, 163-181.

LIN, N., SIMEONE, R.S., ENSEL, W.M. & KUO, W. (1979), „Social support, stressful life events, and illness : a model and an empirical test", *Journal of Health and Social Behavior*, *20*, 108-119.

LINDSLEY, D.B (1951), „Emotion", in Stevens, S.S. (ed.), *Handbook of Experimental Psychology*, 473-516, New York, John Wiley & Sons.

LINKOWSKI, P., VAN WETTERE, J.P., KERKHOFS, M., BRAUMAN, H. & MENDLEWICZ, J. (1983), „Thyrotrophin response to thyreostimulin in affectively ill women : relationship to suicidal behaviour", *British Journal of Psychiatry*, *143*, 401-405.

LINNOILA, M., VIRKKUNEN, M., SCHEININ, M., NUUTILA, A., RIMON, R. & GOODWIN, F.K. (1983), „Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior", *Life Sciences*, *33*, 2609-2614.

LJUNGBERG, L. (1957), „Hysteria : a clinical, prognostic and genetic study", *Acta Psychiatrica et Neurologica Kjøbenhavn*, supl. 112.

LYOTARD, J.-F. (1964), *La Phénoménologie*, Paris, PUF.

MACKINNON, D.W. & DUKES, W.F. (1962), „Repression", in Postman, L. (ed.), *Psychology in the Making. Histories of Selected Research Problems*, 662-744, New York, Knopf.

MACLEAN, P.D. (1973), *A Triune Concept of the Brain and Behaviour*, Toronto, University of Toronto Press.

MACLEAN, P.D. (1974), „Bases neurologiques du comportement d'imitation chez le singe-écureuil", in Morin, E. & Piatelli-Palmarini, M. (eds.), *L'Unité de l'homme*, 186-212, Paris, Editions du Seuil.

MAGARO, P.A., JOHNSON, M.H. & BORING, R. (1986), „Information processing approaches to the treatment of schizophrenia", in Ingram, R.E. (ed.), *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*, 283-304, Orlando, Fla, Academic Press.

MAHER, B.A. (1966), *Principles of Psychopathology. An Experimental Approach*, New York, McGraw-Hill.

MAI, F.M. & MERSKEY, H. (1981), „Briquet's concept of hysteria : an historical perspective", *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 57-63.

MALMO, R.B. (1959), „Activation: a neuropsychological dimension", *Psychological Review*, *66*, 367-386.

MANCHANDA, R. & MERSKEY, H. (1989), „Hysteria", in Prasad, A.J. (ed.), *Biological Basis and Therapy of Neuroses*, 81-91, Boca Raton, Fla, CRC Press.

MANDLER, J. (1975), *Mind and Emotion*, New York, John Wiley & Sons.

MANNINO, F.V. & SHORE, M.F. (1984), „An ecological perspective on family intervention", in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 75-93, New York, John Wiley & Sons.

MARC, E. & PICARD, D. (1984), *L'École de Palo Alto*, Editions Retz.

MARCEL, A.J. (1983), „Conscious and unconscious perception: experiments on visual masking and word recognition", *Cognitive Psychology*, *15*, 197-237.

MARCELLI, D. & BRACONNIER, A. (1984), *Psychopathologie de l'adolescent*, Paris, Masson.

MARCUSE, Y. & CORNBLATT, B. (1986), „Children at high risk for schizophrenia: predictions from infancy to childhood functioning", in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds.), *Life-span Research on the Prediction of Psychopathology*, 81-100, Hillsdale, N.J., Laurence Erlbaum Associates.

MARSDEN, C.D. (1986), „Hysteria: a neurologist's view", *Psychological Medicine*, *16*, 277-288.

MARSELLA, A.J. (1978), „Thoughts on cross-cultural studies on the epidemiology of depression", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2, 343-357.

MARSELLA, A.J (1979), „Cross-cultural studies of mental disorders", in Marsella, A.J., Tharp, R.G. & Ciborowski, T.J. (eds.), *Perspectives on Cross-Cultural Psychology*, New York, Academic Press.

MARSELLA, A.J. (1984), „An interactional model of psychopathology", in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 232-250, New York, John Wiley & Sons.

MARSELLA, A.J., ESCUDERO, M. & GORDON, P. (1972), „Stresses, resources, and symptom patterns in urban Filipino men", in Lebra, W.P. (ed.), *Transcultural Research in Mental Health*, 148-171, Honolulu, The University Press of Hawaii.

MARSELLA, A.J., ESCUDERO, M., & SANTIAGO, C. (1969), „Stresses, resources, and symptom patterns in urban Filipino men", comunicare prezentată la *Second Conference on Transcultural Mental Health Research in Asia and The Pacific*, University of Hawaii, Honolulu.

MARSELLA, A.J., ESCUDERO, M. & BRENNAN, J. (1975), „Goal-striving discrepancy stress in urban Filipino men: II. Housing", *International Journal of Social Psychiatry*, *21*, 282-291.

MARSELLA, A.J. & SNYDER, K.K. (1981), „Stress, social supports, and schizophrenic disorders: Toward and interactional model", *Schizophrenia Bulletin*, 7, 152-163.

MASLING, J. (ed.) (1983), *Empirical Studies of Psychoanalytical Theories*, vol. 1, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.

MASLING, J. (ed.) (1986), *Empirical Studies of Psychoanalytical Theories*, vol. 2, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.

MASLING, J. (1986), „Orality, pathology, and interpersonal behavior", in Masling, J. (ed.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, vol. 2, 73-106, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.

MASLING, J., RABIE, L. & BLONDHEIM, S.H. (1967), „Obesity, level of aspiration, and Rorschach and TAT measures of oral dependence", *Journal of Consulting Psychology*, *31*, 233-239.

MASLING, J. & SCHWARTZ, M. (1979), „A critique of research in psychoanalytic theory", *Genetic Psychology Monographs*, *100*, 257-307.

MASLOW, A. (1968), *Toward a Psychology of Being*, Princeton, N.J., Van Nostrand (ed. a 2-a.)

MASLOW, A.H. (1954), *Motivation and Personality*, New York, Harper & Row.

MASLOW, A.H. (1969), „Existential psychology. What's in it for us", in May, R. (ed.), *Existential Psychology*, 49-57, New York, Random House (ed. a 2-a).

MASSERMAN, J.H. (1946), *Principles of Dynamic Psychiatry. Including an Integrative Approach to Abnormal and Clinical Psychology*, Philadelphia, W.B. Saunders.

MAY, R. (1950), *The Meaning of Anxiety*, New York, Ronald Press.

MAY, R. (1953), *Man's Search for Himself*, New York, W.W. Norton & Company.

MAY, R. (ed.) (1960a), *Existential Psychology*, New York, The American Orthopsychiatric Association.

MAY, R. (ed.) (1960b), *Symbolism in Religion and Literature*, New York, G. Graziller.

MAY, R. (1967a), *The Art of Counseling*, Nashville, Abingdon Press.

MAY, R. (1967b), *Psychology and Human Dilemma*, Toronto, Van Nostrand.

MAY, R. (1967c), *Existential Psychotherapy*, CBC Publications.

MAY, R. (1969), *Love and Will*, New York, W.W. Norton & Company.

MAY, R. (1971), *Psychologie Existentielle*, Paris, Epi Editeurs.

MAY, R. (1972a), *Power and Innocence : A Search for the Sources for Violence*, New York, W.W. Norton and Company.

MAY, R. (1972b), *Le Désir d'être. Psychothérapie existentielle*, Paris, Epi Editeurs.

MAY, R., ANGEL, E. & ELLENBERGER, H.F. (eds.) (1958), *Existence. A New Dimension in Psychiatry and Psychology*, New York, Basic Books.

MAYER-GROSS, W. SLATER, E. & ROTH, M. (1954), *Clinical Psychiatry*, Baltimore, Williams & Wilkins.

MAZET, P. & STOLERU, S. (1988), *Psychopathologie du nourisson et du jeune enfant*, Paris, Masson.

MCGUIRE, M.T. & FAIRBANKS, L.A. (eds.) (1977a), *Ethological Psychiatry. Psychopathology in the Context of Evolutionary Biology*, New York, Grune & Stratton.

MCGUIRE, M.T. & FAIRBANKS, L.A. (1977b), „Ethology : psychiatry's bridge to behavior", in McGuire, M.T. & Fairbanks, L.A. (eds.), *Ethological Psychiatry. Psychopathology in the Context of Evolutionary Biology*, 1-40, New York, Grune & Stratton.

MEAD, G.H. (1934), *Mind, Self and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist*, Chicago, University of Chicago Press.

MEARES, R. & HORVATH, T. (1972), „«Acute» and «chronic» hysteria", *British Journal of Psychiatry*, *121*, 653-657.

MECHANIC, D. & GREENLEY, J.R. (1976), „The prevalence of psychological distress and help-seekingg in a college student population", *Social Psychiatry*, *11*, 1-14.

MEDNICK, S.A. (1958), „A learning theory approach to research in schizophrenia", *Psychological Bulletin*, *55*, 316-327.

MENDEL, G. (1968), *La Révolte contre le père. Une introduction à la sociopsychanalyse*, Paris, Payot.

MENDLEWICZ, J. (ed.) (1987), *Manuel de psychiatrie biologique*, Paris, Masson.

MERSKEY, H. (1979), *The Analysis of Hysteria*, New York, Macmillan.

MERSKEY, H. & BUHRICH, N.A. (1975), „Hysteria and organic brain disease", *British Journal of Medical Psychology*, *48*, 359-366.

METALSKY, G.I., ABRAMSON, L.Y., SELIGMAN, M.E.P., SEMMEL, A., PETERSON, C. (1982), „Attributional styles and life events in the classroom : vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions", *Journal of Personality and Social Psychology*, *43*, 612-617.

METALSKY, G.I. HALBERSTADT, L.J. & ABRAMSON, L.Y. (1987), „Vulnerability to depressive mood reactions : toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression", *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 386-393.

MEURICE, E. (1977), *Psychiatrie et vie sociale*, Bruxelles, Pierre Mardaga.

MEYER, R.G. (1989), *Cases in Developmental Psychology and Psychopathology*, Boston, Allyn & Bacon.

MIKKELSEN, E.J., RAPOPORT, J.J., NEE, L., GRUENAU, C., MENDELSON, W. & GILLIN, J.C. (1980), „Childhood enuresis, I : sleep patterns and psychopathology", *Archives of General Psychiatry*, *37*, 1139-1144.

MILES, M.B. & HUBERMAN, A.M. (1984), *Qualitative Data Analysis. A Source Book of New Methods*, Berverly Hills, Ca, Sage Publications.

MILLER, G.A. (1962), *Psychology : The Science of Mental Life*, New York, Harper and Row.

MILLER, J.M. (1973), „The effects of aggressive stimulation upon young adults who have experienced the death of a parent during childhood and adolescence", teză de doctorat nepublicată, New York University.

MILLER, L. (1984), „Neurospychological concepts of somatoform disorders", *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *14*, 31-46.

MILLER, P.H. (1989), *Theories of Developmental Psychology*, New York, W.H. Freeman and Company (ed. a 2-a).

MILLER, P.M. & INGHAM,J.G. (1976), „Friends, confidants and symptoms", *Social Psychiatry*, *11*, 51-58.

MILLER, P.M., INGHAM, J.G. & DAVIDSON, S. (1976), „Life events, symptoms and social support", *Journal of Psychosomatic Research*, *20*, 515, 522.

MILLER, S., SACCUZZO, D.P. & BRAFF, D. (1979), „Information processing deficits in remitted schizophrenics", *Journal of Abnormal Psychology*, *88*, 446-449.

MILLER-JONES, D. (1989), „Culture and testing. Special Issue : children and their development : knowledge base, research agenda, and social policy application", *American Psychologist*, *44*, 360-366.

MILLON, T. & DIESENHAUS, H.I. (1972), *Research Methods in Psychopathology*, New York, John Wiley & Sons.

MINKOFF, K., BERGMAN, E., BECK, A.T. & BECK, R. (1973), „Hopelessness, depression, and attempted suicide", *American Journal of Psychiatry*, *130*, 455-459.

MISCH, R.C. (1954), „The relationship of motoric inhibition to developmental level and ideational functioning : an analysis by means of the Rorschach test", *Dissertation Abstracts International*, *14*, 1810 (University Microfilms nr. 00-09016).

MOLDOFSKY, H., & ENGLAND, R.S. (1975), „Facilitation of somatosensory average-evoked potentials in hysterical anesthesia and pain", *Archives of General Psychiatry*, *32*, 193-197.

MOLLARD, E. & COTTRAUX, J. (1984), „L'agoraphobie", in Fontaine, O., Cottraux, J. & Ladouceur, R. (eds.), *Cliniques de thérapie comportementale*, 41-60, Bruxelles, Pierre Mardaga.

MOREL, P. (1983), „Dictionnaire biographique", in Postel, J. & Quétel, C. (eds.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, 566-735, Toulouse, Privat.

MOREY, L.C., SKINNER, H.A. & BLASHFIELD, R.K. (1984), „A typology of alcohol abusers : correlates and implications", *Journal of Abnormal Psychology*, *93*, 408-417.

MORUZZI, G. & MAGOUN, H.W. (1949), „Brain stem reticular formation and activation of the EEG", *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, *1*, 455-473.

MOUSTAKAS, C. (1966), *Existentialist Child Therapy. The Child's Discovery of Himself*, New York, Basic Books.

MOWRER, O.H. (1950), „Learning Theory and Personality Dynamics", *Selected papers*, New York, Ronald Press.

MUCCHIELLI, R. (1966), *Introduction à la psychologie structurale*, Bruxelles, Dessart.

MUCCHIELLI, A. & MUCCHIELLI, R. (1969), *Lexique des sciences sociales*, Paris, ESF.

MUÑOZ, P.E. (1983), „Psiquiatria social: Un punto de vista sobre el enfermar", *Actas Luso-Espagnolas de Neurologia y Psyquiatria y Ciencias Afines*, *11*, 163-180.

MUÑOZ, P.E., VASQUEZ, J.L., PASTRANA, E., RODRIGUEZ, F. & ONECA, C. (1978), „Study of the validity of Goldberg's 60-item G.H.Q. in its Spanish version", *Social Psychiatry*, *13*, 99-104.

MURPHY, H.B.M. (1978), „Ethnopsychiatrie, les psychoses", *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 4-37725 A[10], 37-41.

MURPHY, J.M. (1976), „Psychiatric labeling in cross-cultural perspective", *Science*, *191*, 1019-1028.

MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J. & PEPPER, M.P. (1975), „Life events, social integration and psychiatric symptomatology", *Journal of Health and Social Behavior*, *16*, 421-427.

MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J., PEPPER, M.P. & OSTRANDER, D.R. (1972), „Life events and mental status: a longitudinal study", *Journal of Health and Social Behavior*, *13*, 398-406.

MYERSON, A. (1940), „Book review: Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses", *American Journal of Psychiatry*, *96*, 995-997.

MYLET, M., STYFCO, S.J. & ZIGLER, E. (1979), „The interrelationship between self-image disparity and social competence, defensive style, and adjustment status", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *167*, 553-560.

NATHAN, T. (1986), *La Folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.

NATHAN, T. (1988), *Le Sperme du diable. Éléments d'ethnopsychothérapie*, Paris, PUF.

NEISSER, U. (1967), *Cognitive Psychology*, New York, Appleton-Century--Crofts.

NEISSER, U. (1976), *Cognition and Reality. Principles and Implications of Cognitive Psychology*, San Francisco, W.H. Freeman.

NEWSTEAD, S.E. & DENNIS, I. (1979), „Lexical and grammatical processing of unshadowed messages: A re-examination of the Mackay effect", *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *31*, 477-488.

NINAN, P.T., VAN KAMMEN, D.P., SCHEININ, M., LINNOILA, M., BUNNEY, W.E. (Jr.) & GOODWIN, F.K. (1984), „CSF 5-hydroxyindoleacetic acid levels in suicidal schizophrenic patients", *American Journal of Psychiatry*, *141*, 566-569.

NISBETT, R.E. & WILSON, T.D. (1977), „Telling more than we can know: verbal reports on mental processes", *Psychological Review*, *84*, 231-259.

NORGAARD, J.P., HANSEN, J.H., BUGGE NIELSEN, J.I., PETERSON, B.S., KNUDSEN, N. & DJURHUSS, J.C. (1985), „Simultaneous registration of sleep-stages and bladder activity in enuresis", *Urology*, *26*, 316-319.

O'CONNOR, W.A. (1977), „Ecosystems theory and clinical mental health", *Psychiatric Annals*, *7*, 63-77.

O'CONNOR, W.A. & DANIELS, S. (1979), „Psychosocial ecosystems: A multilevel model", comunicare prezentată la *Annual Convention of the American Psychological Association* (ed. a 87-a, New York, 1-5 septembrie).

O'CONNOR, W.A., KLASSEN, D.S. & O'CONNOR, K.S. (1979), „Evaluating human service programs: psychosocial method", in Ahmed, P.I. & Coelho, G.V. (eds.), *Toward a New Definition of Health. Psychosocial Dimensions*, 361-387, New York, Plenum Press.

O'CONNOR, W.A. & RAMCHANDANI, K. (1970), „Community mental health: Training for innovation", *International Journal of Social Psychiatry*, *16*, 194-200.

ØDEGÅRD, Ø. (1967), „Changes in the prognosis of functional psychoses since the days of Kraepelin", *British Journal of Psychiatry*, *113*, 813-822.

OLIVIER, J.M. & BURKHAM, R. (1982), „Subliminal psychodynamic activation in depression: A failure to replicate", *Journal of Abnormal Psychology*, *91*, 337-342.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1958), „Psiquiatria social y actitudes de la colectividad", *Serie Informes Técnicos*, *177*, OMS, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1973), *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*, vol. I, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1974), *Le Suicide et les tentatives de suicide*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, *Cahiers de Santé Publique* nr. 58.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977), *La Schizophrénie: Étude multinationale. Résumé de la phase d'évaluation initiale de l'étude pilote internationale sur la schizophrénie*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1978), *Troubles mentaux: Glossaire et guide de classification en concordance avec la Neuvième*

Révision de la Classification internationale des Maladies, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1979), *Schizophrenia. An International Follow-up Study*, Chichester, John Wiley & Sons.

OTTOSSON, J.O. & PERRIS, C. (1973), „Multidimensional classification of mental disorders", *Psychological Medicine*, *3*, 238-243.

PANIAGUA, C. (1987), „Can clinical psychoanalysis be scientific ?", *American Journal of Psychotherapy*, *41*, 104-116.

PASAMANICK, B. & KNOBLOCH, H. (1966), „Retrospective Studies on the Epidemiology of Reproductive Casualty : Old and New", *Merrill-Palmer Quarterly*, *12*, 7-26.

PATTISON, E.M. (1973), „Social system psychotherapy", *American Journal of Psychotherapy*, *17*, 396-409.

PATTISON, E.M. (1976), „Psychosocial system therapy", in Hirschowitz, R.G. & Levy, B. (eds.), *The Changing Mental Health Scene*, 127-152, New York, Spectrum.

PATTISON, E.M. (1977), „A theoretical-empirical base for social system therapy", in Foulks, E.F., Wintrob, R.M., Westermeyer, J. & Favazza, A.R. (eds.), *Current Perspectives in Cultural Psychiatry*, 213-253, New York, Spectrum.

PATTISON, E.M. & HURD, G.S. (1984), „The social network paradigm as a basis for social intervention strategies", in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 145-185, New York, John Wiley & Sons.

PATTON, M.Q. (1983), *Qualitative Evaluation Methods*, Beverly Hills, Ca, Sage Publications.

PAUL, G.L. & BERNSTEIN, D.A. (1973), *Anxiety and Clinical Problems. Systematic Desensitization and Related Techniques*, New York, General Learning Press.

PAVLOV, I.P. (1941), *Conditioned Reflexes and Psychiatry*, New York, International Publishers.

PELICIER, Y. (1987), Prezentarea ediţiei franceze, in Binswanger, L. (ed.), *Mélancolie et manie. Études phénoménologiques*, Paris, PUF.

PELLET, J., LANG, F. & DIGONNET, C. (1985), „*DSM-III* et troubles anxieux", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 91-98, Paris, Masson.

PELLETIER, R., VAN GIJSEGHEM, H. & BEAUDRY, J. (1990), *Psychanalyse : Vision du monde ?*, Montréal, Méridien.

PELSSER, R. (1989), *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Boucherville, ed. Gaëtan Morin.

PEREZ DE LOS COBOS, J.Z., LOPEZ-IBOR ALINO, J.J. & SAIZ RUIZ, J. (1984), „Correlatos biologicos del suicido y la agresividad en depresiones mayores (con melancolia) : 5-HIAA en LCR. DST y respuesta terapeutica a

5-HTP", comunicare prezentată la *1st Congress of the Spanish Society for Biological Psychiatry*, Barcelona, 17-19 octombrie.

PERUCCI, R. (1974), *Circle of Madness. On Being Insane and Institutionalized in America*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.

PETERSON, C. & SELIGMAN, M.E.P. (1984), „Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence", *Psychological Review*, *91*, 347-374.

PETERSON, C., SEMMEL, A., VON BAEYER, C., ABRAMSON, L.Y., METALSKY, G. & SELIGMAN, M.E.P. (1982), „The attributional style questionnaire", *Cognitive Therapy and Research*, *6*, 287-299.

PETRIE, K. & CHAMBERLAIN, K. (1983), „Hopelessness and social desirability as moderator variables in predicting suicidal behavior", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 485-487.

PETROVA, M.K. (1945), Ob eksperimental'nykh fobliiakh, *Trudy Fiziologicheskikh Laboratorii Imeni I.P. Pavlova*, *12*, 5-32.

PHILLIPS, L. (1968), *Human Adaptation and Its Failures*, New York, Academic Press.

PHILLIPS, L., BROVERMAN, I.K. & ZIGLER, E. (1966), „Social competence and psychiatric diagnosis", *Journal of Abnormal Psychology*, *71*, 209-214.

PHILLIPS, L., BROVERMAN, I.K. & ZIGLER, E. (1968), „Sphere dominance, role orientation, and diagnosis", *Journal of Abnormal Psychology*, *73*, 306-312.

PHILLIPS, L. & RABINOVITCH, M.S. (1958), „Social role and patterns of symptomatic behaviors", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *57*, 181-186.

PHILLIPS, L. & ZIGLER, E. (1961), „Social competence: the action-thought parameter and vicariousness in normal and pathological behavior", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *63*, 137-146.

PIAGET, J. (1970), *Le Structuralisme*, Paris, PUF (ed. a 4-a).

PICHOT, P. (1981), Allocution. Symposium régional „Psychiatrie et culture", organisé par l'Association mondiale de Psychiatrie et la Société de Psychopathologie et d'Hygiene mentale de Dakar (Dakar, 6-9 aprilie), *Psychopathologie Africaine*, XXVII, nr. 1-2-3, 11-15.

PICHOT, P. (1985), Préface, in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, V-VI, Paris, Masson.

PICHOT, P. (1987), „Classifications nosologiques et évaluation en psychiatrie biologique", in Mendlewicz, J. (ed.), *Manuel de psychiatrie biologique*, 3-10, Paris, Masson.

PICHOT, P. & GUELFI, J.D. (1985), „*DSM-III* devant la psychopathologie française", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 1-6, Paris, Masson.

PINE, F. & LEVINSON, D.J. (1961), „A sociopsychological conception of patienthood", *International Journal of Social Psychiatry*, *7*, 106-122.

PLUYMAEKERS, J. (ed.) (1989), *Familles, instutions et approche systémique*, Paris, ESF.

POPPER, K. (1973), *La logique de la découverte scientifique*, Paris, Payot.

PORTERFIELD, A.L. & GOLDING, S.L. (1985), „Failure to find and effect of subliminal psychodynamic activation upon cognitive measures of pathology in schizophrenia", *Journal of Abnormal Psychology*, *94*, 630-639.

POST, R.M., BALLENGER, J.C. & GOODWIN, F.K. (1980), „Cerebrospinal fluid studies of neurotransmitter function in manic and depressive illness", in Wood, J.H. (ed.), *Neurobiology of Cerebrospinal Fluid*, *I*, 685-717, New York, Plenum Press.

POSTEL, J. & QUETEL, C. (eds.) (1983), *Nouvelle Histoire de la psychiatrie*, Toulouse, Privat.

PRANGE, A.J. (Jr.), WILSON, I.C., LYNN, C.W., ALLTOP, L.B. & STIKELEATHER, R.A. (1974), „L-tryptophan in mania : contribution to a permissive hypothesis of affective disorders", *Archives of General Psychiatry*, *30*, 56-62.

PRICE, R.H. (1978), *Abnormal Behavior. Perspectives in Conflict*, New York, Holt, Rinehart & Winston (ed. a 2-a).

PRINCE, R. (1968), „The changing picture of depressive syndromes in Africa : Is it fact or diagnostic fashion ?", *Canadian Journal of African Studies*, *1*, 177-192.

PRINCE, R. & TCHENG-LAROCHE, F. (1987), „Culture-bound syndromes and international disease classifications", *Culture, Medicine & Psychiatry*, *11*, 3-19.

PROVOST, M.A. (1985), „Perspective historique de l'éthologie", in Tremblay, R.E., Provost, M.A. & Strayer, F.F. (eds.), *Ethologie et développement de l'enfant*, 29-40, Paris, Stock/Laurence Pernoud.

PRUGH, D.G., STAUB, E.M., SANDS, H.H., KIRSCHBAUM, R.M. & LENIHAN, E.A. (1953), „A study of the emotional reactions of children and families to hospitalization and illness", *American Journal of Orthopsychiatry*, *23*, 70-106.

PULL, C.B. & BOYER, P. (1985), „Automatisation du *DSM-III*", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 66-75, Paris, Masson.

PULL, C.B., PULL, M.C. & PICHOT, P. (1981), „LICET-S : Une Liste Intégrée de Critères d'Evaluation Taxinomique pour les psychoses non-affectives", *Journal de Psychiatrie Biologique et Thérapeutique*, *1*, 33-37.

PULL, C.B., PULL, M.C. & PICHOT, P. (1984), „LICET-D : Une liste Intégrée de Critères d'Evaluation Taxinomique pour les Dépressions", *Psychologie Médicale*, *16*, 125-131.

QUADAGNO, J.S. & ANTONIO, R.J. (1975), „Labeling theory as an oversocialized conception of man : the case of mental illness", *Sociology and Social Research*, *60*, 33-45.

QUAY, H.C. & WERRY, J.S. (1986), *Psychopathological Disorders of Childhood*, New York, John Wiely & Sons (ed. a 3-a).

RACHMAN, S. (1963), „Introduction to behaviour therapy", *Behaviour Research and Therapy 1*, 3-15.

RASKIN, A. & GOLOB, R. (1966), „Occurence of sex and social class differences in premorbid competence, symptom and outcome measures in acute schizophrenics", *Psychological Reports*, *18*, 11-22.

REBER, A.S. (1985), *The Penguin Dictionary of Psychology*, London, Penguin Books.

REDLICH, F.C., HOLLINGSHEAD, A.B., ROBERTS, B.H., ROBINSON, H.A., FREEDMAN, L.Z. & MYERS, J.K. (1953), „Social structure and psychiatric disorders", *American Journal of Psychiatry*, *109*, 729-734.

REED, G. (1974), *The Psychology of Anomalous Experience*, Boston, Houghton Mifflin.

RENNIE, T.A.C. (1955), „Social psychiatry – a definition", *International Journal of Social Psychiatry*, *1*, 5-13.

REUCHLIN, M. (1972), *Histoire de la psychologie*, Paris, PUF.

REUCHLIN, M. (1972-1973), „Clinique et vérification", *Bulletin de Psychologie*, *26*, 550-563.

REUCHLIN, M. (1973), *Les Méthodes en psychologie*, Paris, PUF.

REUCHLIN, M. (1981), *Psychologie*, Paris, PUF. (ed. a 4-a).

RHEINBERGER, M.B. & JASPER, H.H. (1937), „Electrical activity of the cerebral cortex in the unanesthetized cat", *American Journal of Physiology*, *119*, 186-196.

RICHELLE, M. (1973), *Le Conditionnement opérant. Une Introduction et un guide à la recherche de laboratoire*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé (ed. a 2-a).

RICŒUR, P. (1965), *De l'interprétation. Essai sur Freud*, Paris, Le Seuil.

RIDDLE, M.A. & CHO, S.C. (1989), „Elimination disorders", in American Psychiatric Association Task Force on Treatments of Psychiatric Disorders (ed.), *Treatments of Psychiatric Disorders*, vol. 1, 717-730, Washington, American Psychiatric Association.

RIESMAN, D. (1966), *La Foule solitaire. Anatomie de la société moderne*, Paris, Arthaud.

RIN, H. (1965), „A study of the aetiology of koro in respect to the chinese concept of illness", *The International Journal of Social Psychology*, *II*, 7-13.

RISLEY, T.R. (1968), „The effects and side effects of punishing the autistic behaviors of a deviant child", *Journal of Applied Behavior Analysis*, *1*, 21-34.

ROBERT, M. (1988), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, St-Hyacinthe, Qué., Edisem.

ROBINS, L.N., HELZER, J.E., CROUGHAN, J. & RATCLIFF, K.S. (1981), „National Institute of Mental Health Diagnostic Schedule: Its history, characteristics, and validity", *Archives of General Psychiatry*, *38*, 381-389.

ROBINSON, P.W. (1976), *Fundamentals of Experimental Psychology. A Comparative Approach*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.

ROGERS, C.R. (1951), *Client-centered Therapy. Its Current Practice, Implications and Theory*, Boston, Houghton Mifflin.

ROGERS, C.R. & DYMOND, R.F. (eds.), *Psychotherapy and Personality Change. Coordinate Research Studies in the Client-centered Approach*, Chicago, University of Chicago Press.

ROLF, J.E. (1972), „The social and academic competence of children vulnerable to schizophrenia and other behavior pathologies", *Journal of Abnormal Psychology*, *80*, 225-243.

ROSEN, G. (1971), „History in the study of suicide", *Psychological Medicine*, *1*, 267-285.

ROSENHAN, D.L. (1973), „On being sane in insane places", *Science*, *179*, 250-258.

ROSENHAN, D.L. & SELIGMAN, M.E.P. (1989), *Abnormal Psychology*, New York, Norton (ed. a 2-a).

ROSENTHAL, I.S. (1926), „Forme nouvelle de différenciation de l'excitant conditionné cutané mécanique", *Trudy Fiziologichekikh Laboratorii imeni I.P. Pavlova*, *1*, F. 2, 3.

ROUANET, H. (1983), „Modèles en tous genres et pratiques statisticiennes", in Actes du Colloque: *Comprendre l'homme, construire des modèles, Les Modèles implicites et explicites en psychologie*, 55-64, Paris, Société Française de Psychologie.

ROUAULT DE LA VIGNE, A. (1970), *Éléments de psychopathologie médico-sociale*, vol. 1, *L'Adulte*, Paris, ESF.

ROUAULT DE LA VIGNE, A. (1970), *Éléments de psychopathologie médico-sociale*, vol. 2, *L'Enfant*, Paris, ESF.

ROY-BYRNE, P., POST, R.M., RUBINOW, D.R., LINNOILA, M., SAVARD, R. & DAVIS, D. (1983), „CSF 5-HIAA and personal and family history of suicide in affectively ill patients: a negative study", *Psychiatry Research*, *10*, 263-274.

RUDI, R.R. & MCGAUGHRAN, L.S. (1961), „Differences in developmental experience, defensiveness, and personality organization between two classes of problem drinkers", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *62*, 659-665.

RUSSELL, P.N. & BEEKHUIS, M.E. (1976), „Organization in memory: a comparison of psychotics and normals", *Journal of Abnormal Psychology*, *85*, 527-534.

RUTTER, M. & GARMEZY, N. (1983), „Developmental psychopathology", in Hetherington, E.M. (ed.), *Handbook of Child Psychology*, vol. 4:

Socialization, Personality, and Social Development, 775-911, New York, John Wiley & Sons.

RUTTER, M., LEBOVICI, S., EISENBERG, L., SNEZNEVSKIJ, A.V., SADOUN, R., BROOKE, E. & LIN, T.Y. (1969), „A tri-axial classification of mental disorders in childhood. An international study", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *10*, 41-61.

RUTTER, M., SHAFFER, D. & SHEPHERD, M. (1973), „An evaluation of the proposal for a multi-axial classification of child psychiatric disorders", *Psychological Medicine*, *3*, 244-250.

SABOURIN, M. (1988), „Méthodes d'acquisition des connaissances", in Robert, M. (ed.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, 37-58, St-Hyacinthe, Qué., Edisem (ed. a 3-a).

SACCUZZO, D.P. (1977), „Bridges between schizophrenia and gerontology: generalized or specific deficits", *Psychological Bulletin*, *84*, 595-600.

SACCUZZO, D.P. & BRAFF, D.L. (1981), „Early information processing deficit in schizophrenia: new findings using schizophrenic subgroups and manic controls subjects", *Archives of General Psychiatry*, *38*, 175-179.

SACCUZZO, D.P., HIRT, M. & SPENCER, T.J. (1974), „Backward masking as a measure of attention in schizophrenia", *Journal of Abnormal Psychology*, *83*, 512-522.

SACCUZZO, D.P. & SCHUBERT, D.L. (1981), „Backward masking as a measure of slow processing in schizophrenia spectrum disorders", *Journal of Abnormal Psychology*, *90*, 305-312.

SAINSBURY, P. (1986), „Epidemiology of suicide", in Roy, A. (ed.), *Suicide*, 17-40, Baltimore, Williams and Wilkins.

SAMITCA, D.C. (1982), „L'influence des facteurs socio-culturels sur la demande en soins psychiatriques", *Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, *130*, 159-177.

SAMUEL-LAJEUNESSE, B. (1985), „*DSM-III* et psychiatrie française. Rapport de synthèse", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 160-167, Paris, Masson.

SANES, J. & ZIGLER, E. (1971), „Premorbid social competence in schizophrenia", *Journal of Abnormal Psychology*, *78*, 140-144.

SANTOSTEFANO, S. (1970), „Assessment of motives in children", *Psychological Reports*, *26*, 639-649.

SARASON, I.G. & SARASON, B.R. (1989), *Abnormal Psychology. The Problem of Maladaptive Behavior*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall (ed. a 6-a).

SARTORIUS, N. (1973), „Culture and the epidemiology of depression", *Psychiatrica, Neurologia, Neurochirurgia*, *76*, 479-487.

SARTORIUS, N., DAVIDIAN, H., ERNBERG, G., FENTON, F.R., FUJII, I., GASTPAR, M., GULBINAT, W., JABLENSKY, A., KIELHOLZ, P., LEHMANN, H.E., NARAGHI, M., SHIMIZU, M., SHINFUKU, N. &

TAKAHASHI, R. (1983), *Les Troubles dépressifs dans différents contextes culturels. Rapport de l' étude collective OMS sur l'évaluation normalisée des troubles depressifs*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., ERNBERG, G., LEFF, J., KORTEN, A. & GULBINAT, W. (1987), „Course of schizophrenia in different countries: some results of a WHO international comparative 5-year follow-up study", in Häfner, H., Gattaz, W.F. & Janzarik, W. (eds.), *Search for the Causes of Schizophrenia*, 107-113, Berlin, Springer-Verlag.

SARTORIUS, N., JABLENSKY, A., KORTEN, A., ERNBERG, G., ANKER, M., COOPER, J.E. & DAY, R. (1986), „Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO collaborative study on determinants of outcome of severe mental disorders", *Psychological Medecine*, *16*, 909-928.

SARTRE, J.-P. (1943), *L'Être et le Néant. Essai d'Ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard.

SAUCIER, J.-F. (1990), „La psychanalyse est-elle une idéologie ou une science?", in Pelletier, R., Van Gijseghem, H. & Beaudry, J. (eds.), *Psychanalyse : Vision du monde ?*, 23-26, Montréal, Méridien.

SCHÄPPI, R. (1979), „Un psychiatre face à l'éthologie", *Archives de Psychologie*, *47*, 61-84.

SCHEFF, T. (1966), *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*, Chicago, Aldine.

SCHEFF, T.J. (1979), „Reply to comment by Horwitz", *Journal of Health and Social Behavior*, *20*, 305-306.

SCHOPLER, E. & MESIBOV, G.B. (eds.) (1987), *Neurobiological Issues in Autism*, New York, Plenum Press.

SCHULSINGER, F., KETY, S.S., ROSENTHAL, D. & WENDER, P.H. (1979), „A family study of suicide", in Schou, M., Strömgren, E. (eds.), *Origin, Prevention and Treatment of Affective Disorders*, 277-287, London, Academic Press.

SEDVALL, G., FYRO, B., GULLBERG, B., NYBACK, H., WIESEL, F.-A. & WODE-HELGODT, B. (1980), „Relationships in healthy volunteers between concentrations of monoamine metabolites in cerebrospinal fluid and family history of psychiatric morbidity", *British Journal of Psychiatry*, *136*, 366-374.

SEIFERT, J.A., DRAGUNS, J.G. & CAUDILL, W. (1971), „Role orientation, sphere dominance, and social competence as bases of psychiatric diagnosis in Japan: a replication and extension of american findings", *Journal of Abnormal Psychology*, *78*, 101-106.

SELIGMAN, M.E.P. (1974), „Depression and learned helplessness", in Friedman, R.J. & Katz, M.M. (eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*, 83-125, New York, John Wiley & Sons.

SELIGMAN, M.E.P. (1975), *Helplessness. On Depression, Development and Death*, San Francisco, W.H. Freeman.

SELIGMAN, M.E.P., ABRAMSON, L.Y., SEMMEL, A. & VON BAEYER, C. (1979), „Depressive attributional style", *Journal of Abnormal Psychology*, *88*, 242 -247.

SELYE, H. (1936), „A syndrome produced by diverse nocuous agents", *Nature*, *138*, 32.

SELYE, H. (1962), *Le Stress de la vie. Le problème de l'adaptation*, Paris, Gallimard.

SELYE, H. (1978), *The Stress of Life*, New York, McGraw-Hill.

SERON, X., LAMBERT, J.-L. & VAN DER LINDEN, M. (1977), *La Modification du comportement. Théorie, pratique, éthique*, Bruxelles, Dessart et Mardaga.

SHAPIRO, M.B. (1951), „An experimental approach to diagnostic psychological testing", *Journal of Mental Science*, *97*, 748-764.

SHERRINGTON, R., BRYNJOLFSSON, J., PETURSSON, H., POTTER, M., DUDLESTON, K., BARRACLOUGH, B., WASMUTH, J., DOBBS, M. & GURLING, H. (1988), „Localization of a susceptibility locus for schizophrenia on chromosome 5", *Nature*, *336*, 164-167.

SHEVRIN, H. & DICKMAN, S. (1980), „The psychological unconscious: a necessary assumption for all psychological theory ? ", *American Psychologist*, *35*, 421-434.

SHIELDS, J. (1982), „Genetical studies of hysterical disorders", in Roy, A. (ed.), *Hysteria*, 41-56, Chichester, John Wiley & Sons.

SHILKRET, C.J. & MASLING, J. (1981), „Oral dependence and dependent behavior", *Journal of Personality Assessment*, *45*, 125-129.

SHOBEN, E.J. (Jr.) (1949), „Psychotherapy as a problem in learning theory", *Psychological Bulletin*, *46*, 366-392.

SHORE, J.H., KINZIE, J.D., HAMPSON, J.L. & PATTISON, E.M. (1973), „Psychiatric epidemiology of an Indian village", *Psychiatry*, *36*, 70-81.

SIEGLER, M. & OSMOND, H. (1974), *Models of Madness, Models of Medicine*, New York, Macmillan.

SILVERMAN, L.H. (1980), „A comprehensive report of studies using the subliminal spychodynamic activation method", *Psychological Research Bulletin*, *20*, 1-22.

SILVERMAN, L.H. (1983), „The subliminal psychodynamic activation method: Overview and comprehensive listing of studies", in Masting, J. (ed.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*, vol. 1, 69-100, Hillsdale, N.J., The Analytic Press.

SILVERMAN, L.H. (1984), „Further comments on subliminal psychodynamic activation studies (revised)", manuscris nepublicat (disponibil la Department of Psychology, New York University, 6 Washington Place, New York, 10003).

SILVERMAN, L.H. (1985), „Comments on three recent subliminal psychodynamic activation investigations", *Journal of Abnormal Psychology*, *94*, 640-643.

SILVERMAN, L.H., BRONSTEIN, A. & MENDELSOHN, E. (1976), „The further use of the subliminal psychodynamic activation method for the experimental study of the clinical theory of psychoanalysis : on the specificity of the relationship between symptoms and unconscious conflicts", *Psychotherapy : Theory, Research & Practice*, *13*, 2-16.

SILVERMAN, L.H. & CANDELL, P. (1970), „On the relationship between aggressive activation, symbiotic merging, intactness of body boundaries, and manifest pathology in schizophrenics", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *150*, 387-399.

SILVERMAN, L.H., KLINGER, H., LUSTBADER, L., FARRELL, J. & MARTIN, A.D. (1972), „The effects of subliminal driver stimulation on the speech of stutterers", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *155*, 14-21.

SILVERMAN, L.H., KWAWER, J.S., WOLITZKY, C. & CORON, M. (1973), „An experimental study of aspects of the psychoanalytic theory of male homosexuality", *Journal of Abnormal Psychology*, *82*, 178-188.

SILVERMAN, L.H., MARTIN, A., UNGARO, R. & MENDELSOHN, E. (1978), „Effect on subliminal stimulation of symbiotic fantasies on behavior modification treatment of obesity", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*, 432-441.

SILVERMAN, L.H. & SPIRO, R.H. (1968), „The effects of subliminal, supraliminal and vocalized aggression on the ego functioning of schizophrenics", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *146*, 50-61.

SIMON, W. & GAGNON, J.H. (1976), „The anomie of affluence : a post-Mertonian conception", *American Journal of Sociology*, *32*, 356-378.

SIMONS, R.C. (1980), „The resolution of the latah paradox", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *168*, 195-206.

SIMONS, R.C. (1987), „A feasible and timely enterprise : commentary on «Culture-bound syndromes and international disease classifications», by Raymond Prince and Françoise Tcheng-Laroche", *Culture, Medicine and Psychiatry*, *11*, 21-28.

SIMONS, R.C. & HUGUES, C.C. (1985), *The Culture-bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*, Dordrecht, D. Reidel Publishing Company.

SIMPSON, M.A. (ed.) (1980), *Psycholinguistics in Clinical Practice*, New York, Irvington.

SIMS, A. (1988), *Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology*, Philadelphia, Pa., Baillière Tindall Publishers.

SINGER, L. (1985), „*DSM-III* et recherche psychiatrique", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 81-90, Paris, Masson.

SIOMOPOULOS, V. (1983), *The Structure of Psychopathological Experience*, New York, Brunner/Mazel.

SIVADON, P. (1979), Préface, in Demaret, A., *Ethologie et psychiatrie. Valeur de survie et phylogenèse des maladies mentales*, 7-13, Bruxelles, Pierre Mardaga.

SKINNER, B.F. (1953), *Science and Human Behavior*, New York, Macmillan.

SKINNER, B.F. (1971), *L'Analyse expérimentale du comportement. Un essai théorique*, Bruxelles, C. Dessart.

SKODOL, A.E. & SPITZER, R.L. (1985), „DSM-III: Rationale, basic concepts, and some differences from ICD-9", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 7-18, Paris, Masson.

SLATER, E. (1961), „Hysteria 311", *Journal of Mental Science*, *107*, 359-381.

SLATER, E. (1965), „Diagnosis of «hysteria»", *British Medical Journal*, *1*, 1395-1399.

SLATER, E.T.O. & GLITHERO, E. (1965), „A follow-up of patients diagnosed as suffering from «hysteria»", *Journal of Psychosomatic Research*, *9*, 9-13.

SMITH, M.A., CHETHIK, M. & ADELSON, E. (1969), „Differential assessments of «blindisms»", *American Journal of Orthopsychiatry*, *39*, 807-817.

SMITH, E.R. & MILLER, F D. (1978), „Limits on perception of cognitive processes: a reply to Nisbett and Wilson", *Psychological Review*, *85*, 355-362.

SOMMER, R. & WITHNEY G. (1961), „The chain of chronicity", *American Journal of Psychiatry*, *118*, 111-117.

SOUTHARD, E.E. (1917), „Alienists and psychiatrists: Notes on divisions and nomenclature of mental hygiene", *Mental Hygiene*, *1*, 567-571.

SPITZER, R.L. (1985), Introduction, in American Psychiatric Association, *DSM-III, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3-16, Paris, Masson.

SPITZER, R.L. & FLEISS, J.L. (1974), „A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis", *British Journal of Psychiatry*, *125*, 341-347.

SPITZER, R.L. & WILLIAMS, J.B.W. (1988), „Having a dream: a research strategy for DSM-IV", *Archives of General Psychiatry*, *45*, 871-874.

SPITZER, R.L. & WILLIAMS, J.B.W. (1989a), Introduction, in American Psychiatric Association, *DSM-III-R, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, XIX-XXX, Paris, Masson.

SPITZER, R.L. & WILLIAMS, J.B.W. (1989b), „In reply" (scrisoare către editor), *Archives of General Psychiatry*, *46*, 959-960.

SROLE, L. & FISCHER, A.K. (1986), „Gender, generations, and well-being: the midtown Manhattan longitudinal study", in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds.), *Life-span Research on the Prediction of Psychopathology*, 223-237, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.

SROLE, L., LANGNER, T.S., MICHAEL, S.T., OPLER, M.K. & RENNIE, T.A.C. (1962), *Mental Health in the Metropolis. The Midtown Manhattan Study*, New York, McGraw-Hill.

SROUFE, L.A. & RUTTER, M. (1984), „The domain of developmental psychopathology", *Child Development*, *55*, 17-29.

STAATS, A.W. (1957), „Learning theory and «opposite speech»", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *55*, 268-269.

STAATS, A.W. (1963), *Complex Human Behavior. A Systematic Extension of Learning Principles*, New York, Holt, Rinehart & Winston.

STAATS, A.W. (ed.) (1964), *Human Learning. Studies Extending Conditioning Principles to Complex Behavior*, New York, Holt, Rinehart & Winston.

STAATS, A.W. (1968), *Learning, Language, and Cognition. Theory, Research, and Method for the Study of Human Behavior and Its Development*, New York, Holt, Rinehart & Winston.

STAATS, A.W. (1971), *Child Learning, Intelligence, and Personality. Principles of a Behavioral Interaction Approach*, New York, Harper & Row.

STAATS, A.W. (1973), „Behavior analysis and token reinforcement in educational behavior modification and curriculum research", in Thoresen, C.E. (ed.), *Behavior modification in education. The Seventy-second Yearbook of the National Society for the Study of Education*, partea I, 195-229, Chicago, University of Chicago Press.

STAATS, A.W. (1975), *Social Behaviorism*, Homewood, Ill, The Dorsey Press.

STAATS, A.W. (1983), *Psychology's Crisis of Disunity. Philosophy and Method for a Unified Science*, New York, Praeger.

STAATS, A.W. (1986), *Behaviorisme Social*, Brossard, Qué., Editions Behaviora.

STACHOWIAK, J. & BRIGGS, S.L. (1984), „Ecosystemic therapy : a treatment perspective", in O'Connor, W.A. & Lubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 7-23, New York, John Wiley & Sons.

STAMATOIU, I. (1974), „Potenţialul evocat", in Arseni, C. (ed.), *Investigaţii paraclinice în afecţiunile sistemului nervos. Metode electrofiziologice, ultrasonice şi radioizotopice*, Bucureşti, Editura Medicală.

STENGEL, E. (1959), „Classification of mental disorders", *Bulletin of World Health Organisation*, *21*, 601-663.

STENGEL, E. (1964), *Suicide and Attempted Suicide*, Middlesex, Penguin Books.

STERN, D.B. (1977), „Handedness and the lateral distribution of conversion reactions", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *164*, 122-128.

STONEALL, L. & SCHMITT, R.L. (1984), „Lay persons, experience with mental illness", *Studies in Symbolic Interaction*, *5*, 197-218.

STORMS, M.D. & NISBETT, R.E. (1970), „Insomnia and the attribution process", *Journal of Personality and Social Psychology*, *16*, 319-328.

STRAYER, F.F. & GAUTHIER, R. (1985), „Concepts et méthodes", in Tremblay, R.E., Provost, M.A. & Strayer, F.F. (eds.), *Ethologie et développement de l'enfant*, 41-57, Paris, Stock/Laurence Pernoud.

SUGERMAN, A.A., REILLY, D. & ALBAHARY, R.S. (1965), „Social competence and essential-reactive distinction in alcoholism", *Archives of General Psychiatry, 12*, 552-556.

SUINN, R.M. (1970), *Fundamentals of Behavior Pathology*, New York, John Wiley & Sons.

SWAP, S. (1984), „Ecological approaches to working with families of disturbing children", in O'Connor, W.A. & Dubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 107-144, New York, John Wiley & Sons.

SZAPOCZNIK, J., KURTINES, W., HERVIS, O. & SPENCER, F. (1984), „One person family therapy", in O'Connor, W.A. & Dubin, B. (eds.), *Ecological Approaches to Clinical and Community Psychology*, 335-355, New York, John Wiley & Sons.

SZASZ, T.S. (1975), *Le Mythe de la maladie mentale*, Paris, Payot.

TATOSSIAN, A. (1979), „Phénoménologie des psychoses", *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française* (LXXVII[e] session, Angers, 25-30 iunie), Paris, Masson.

TAYLOR, M.A. (1989), „The vote on DSM-IV" (scrisoare către editor), *Archives of General Psychiatry, 46*, 959.

THEODORSON, G.A. (ed.) (1961), *Studies in Human Ecology*, Evantson, Harper & Row.

THINES, G. (1980), *Phénoménologie et science du comportement*, Bruxelles, Pierre Mardaga.

THINES, G. & LEMPEREUR, A. (1975), *Dictionnaire général des sciences humaines*, Paris, Editions Universitaires.

THOMÄ, H. & KÄCHELE, H. (1975), „Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research", in Chicago Institute for Psychoanalysis (ed.), *The Annual of Psychoanalysis*, vol. 3, 49-119, New York, International Universities Press.

THOREN, P., ÅSBERG, M., BERTILSSON, L., MELLSTRÖM, B., SJÖQVIST, F. & TRÄSKMAN, L. (1980), „Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: II. Biochemical aspects", *Archives of General Psychiatry, 37*, 1289-1294.

TINBERGEN, E.A. & TINBERGEN, N. (1972), *Early Childhood Autism. An Ethological Approach*, Berlin und Hamburg, Paul Parey.

TINBERGEN, N. (1951), *The Study of Instinct*, London, Oxford University Press.

TINBERGEN, N. (1952), „«Derived» activities: Their causation, biological significance, origin, and emancipation during evolution", *The Quarterly Review of Biology, 27*, 1-32.

TINBERGEN, N. (1974), „Ethology and stress diseases", *Science*, *185*, 20-27.

TOGNAZZO, D. (1970), „Sui contenuti orali del Rorschach in un gruppo di alcoolisti", *Psichiatria Generale e Dell'Eta Evolutiva*, *8*, 323-325.

TORGERSEN, S. (1986), „Genetics of somatoform disorders", *Archives of General Psychiatry*, *43*, 502-505.

TORREY, E.F. (1979), *Schizophrenia and Civilization*, New York, Aronson.

TOUSIGNANT, M. & MURPHY, H.B.M. (1978), „Fondements anthropologiques de l'ethnopsychiatrie", *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 4-37715 A^{10}, 33-36.

TRÄSKMAN, L., ÅSBERG, M., BERTILSSON, L. & SJÖSTRAND, L. (1981), „Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior", *Archives of General Psychiatry*, *38*, 631-636.

TREMINE, T., LAUZEL, J.P., TUFFET, P., JONQUET, P. & ANGUERA, P. (1985), „*DSM-III*. L'agnosticisme : une religion ?", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 99-102, Paris, Masson.

TRILLAT, E. (1986), *Histoire de l'hystérie*, Paris, Editions Seghers.

TRIMBLE, M. (1983), „Pseudoproblems : pseudoseizures", *British Journal of Hospital Medicine*, *29*, 326-333.

TROTTER, R.J. & MCCONNEL, J.V. (1980), *Psychologie. Science de l'homme*, Montréal, HRW.

TSUANG, M.T. (1986), „Predictors of poor and good outcome in schizophrenia", in Erlenmeyer-Kimling, L. & Miller, N.E. (eds.), *Life-span Research on the Prediction of Psychopathology*, 195-203, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates.

TURVEY, M.T. (1973), „On peripheral and central processes in vision : inferences from an information-processing analysis of masking with patterned stimuli", *Psychological Review*, *80*, 1-52.

TYRER, P., HORN, S. & LEE, I. (1978), „Treatment of agoraphobia by subliminal and supraliminal exposure to phobic cine film", *Lancet*, *1*, 358-360.

VALZELLI, L. (1981), *Psychobiology of Aggression and Violence*, New York, Raven Press.

VAN BRERO, P.J.C. (1986), „Koro : eine eigenthümliche Zwangsvorstellung", *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, *53*, 569-573.

VAN GIJSEGHEM, H. (1990), „Peut-on vivre avec «moins» qu'une science ?", in Pelletier, R., Van Gijseghem, H. & Beaudry, J. (eds.), *Psychanalyse : Vision du monde ?*, 37-58, Montréal, Méridien.

VAN PRAAG, H.M. (1977), „Significance of biochemical parameters in the diagnosis, treatment, and prevention of depressive disorders", *Biological Psychiatry*, *12*, 101-131.

VAN PRAAG, H.M. (1983), „CSF 5-HIAA and suicide in non-depressed schizophrenics", *Lancet*, *2*, 977-978.

VAN PRAAG, H.M. (1987), „Monoamines et dépression : conceptions actuelles", in Mendlewicz, J. (ed.), *Manuel de psychiatrie biologique*, 49-63, Paris, Masson.

VAN PRAAG, H.M. & KORF, J. (1971), „Endogenous depressions with and without disturbances in the 5-hydroxtryptamine metabolism : a biochemical classification ? ", *Psychopharmacologia*, *19*, 148-152.

VAN RILLAER, J. (1982), *Les Illusions de la psychanalyse*, Bruxelles, Pierre Mardaga (ed. a 2-a).

VERNON, S.W. & ROBERTS, R.E. (1981), „Measuring nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology : further observations on the problem", *Archives of General Psychiatry*, *38*, 1239-1247.

VON BERTALANFFY, L. (1968), *General System Theory. Foundations, Development, Applications*, New York, George Braziller.

VON DOMARUS, E. (1964), „The specific laws of logic in schizophrenia", in Kasanin, J.S. (ed.), *Language and Thought in Schizophrenia*, 104-114, New York, Norton.

VON ECKARTSBERG, R. (1971), „On experiential methodology", in Giorgi, A., Fischer, W.F. & von Eckartsberg, R. (eds.), *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology*, vol. I, 66-79, Pittsburgh, Duquesne University Press.

VON WRIGHT, J.M., ANDERSON, K. & STENMAN, U. (1975), „Generalization of conditioned GSRs in dichotic listening", in Rabbitt, P.M.A. & Dornic, S. (eds.), *Attention and Performance V*, 194-204, London, Academic Press.

WATSON, J.B. (1913), „Psychology as the behaviorist view it", *Psychological Review*, *20*, 158-177.

WATZLAWICK, P., JACKSON, D. & BEAVIN, J.H. (1972), *Une logique de la communication*, Paris, Editions du Seuil.

WECKOWICZ, T.E. (1984), *Models of Mental Illness. Systems and Theories of Abnormal Psychology*, Springfield, Ill., Charles C. Thomas.

WEIGERT, E. (1949), „Existentialism and its relations to psychotherapy", *Psychiatry*, *12*, 399-412.

WEISS, L. & MASLING, J. (1970), „Further validation of a Rorschach measure of oral imagery : a study of six clinical groups", *Journal of Abnormal Psychology*, *76*, 83-87.

WERNER, H. (1937), „Process and achievement : a basic problem of education and developmental psychology", *Harvard Educational Review*, *7*, 353, 368.

WERNER, H. (1948), *Comparative Psychology of Mental Development*, New York, International Universities Press.

WERNER, H. (1957), „The concept of development from a comparative and organismic point of view", in Harris, D.D. (ed.), *The Concept of Development. An Issue in the Study of Human Behavior*, 125-148, Minneapolis, University of Minnesota Press.

WERNER, H. & KAPLAN B. (1963), *Symbol Formation. An Organismic-Developmental Approach to Language and the Expression of Thought*, New York, John Wiley & Sons.

WESTERMEYER, J. (1973), „On the epidemicity of amok violence", *Archives of General Psychiatry*, *28*, 873-876.

WESTERMEYER, J. (1985), „Psychiatric diagnosis across cultural boundaries", *American Journal of Psychiatry*, *142*, 798-805.

WESTERMEYER, J. & ZIMMERMAN, R. (1981), „Lao folk diagnoses for mental disorder: comparison with psychiatric diagnosis and assessment with psychiatric rating scales", *Medical Anthropology*, *5*, 425-443.

WHITE, N.F. (ed.) (1974), *Ethology in Psychiatry*, Toronto, University of Toronto Press.

WHITE, P. (1980), „Limitations on verbal reports of internal events: A refutation of Nisbett and Wilson and of Bem", *Psychological Review*, *87*, 105-112.

WITHLOCK, F.A. (1967), „The aetiology of hysteria", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *43*, 114-162.

WHYTE, L.L. (1971), *L'Inconscient avant Freud*, Paris, Payot.

WIDLÖCHER, D. (1984), Préface, in Marcelli, D. & Braconnier, A., *Psychopathologie de l'adolescent*, V-VIII, Paris, Masson.

WIDLÖCHER, D. (1985), „*DSM-III* et psychanalyse", in Pichot, P. (ed.), *DSM-III et psychiatrie française*, 76-80, Paris, Masson.

WIENER, P. (1983), *Structure et processus dans la psychose*, Paris, PUF.

WIENER, P. (1985), „*DSM-III* et nosographies d'inspiration psychosomatique", in Pichot, P. (ed.), DSM-III *et Psychiatrie française*, 103-107, Paris, Masson.

WILLERMAN, L. & COHEN, D.B. (1990), *Psychopathology*, New York, McGraw-Hill.

WILLIAMS, J.M.G., WATTS, F.N., MACLEOD, C. & MATHEWS, A. (1988), „Nonconscious processing", in Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C. & Mathews, A. (eds.), *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*, Chichester, John Wiley & Sons.

WING, J.K. (1976), „Mental health in urban environments", in Harrison, G.A. & Gibson, J.B. (eds.), *Man in Urban Environments*, 304-318, London, Oxford University Press.

WING, J.K., Cooper, J.E. & SARTORIUS, N. (1974), *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. An Instruction Manual for the PSE and Catego Program*, London, Cambridge University Press.

WITTKOWER, E.D. & FRIED, J. (1959), „A cross-cultural approach to mental health problems", *American Journal of Psychiatry*, *116*, 423-428.

WOHLWILL, J.F. (1970), „The age variable in psychological research", *Psychological Review*, *77*, 49-64.

WOLMAN, B.B. (1989), *Dictionary of Behavioral Science*, San Diego, Ca, Academic Press (ed. a 2-a).

WOLPE, J. (1958), *Psychotherapy by Recioprocal Inhibition*, Standford, Ca, Standford University Press.

WOLPE, J. (1969), *The Practice of Behavior Therapy*, New York, Pergamon Press.

WOLPE, J. & LAZARUS, A.A. (1966), *Behavior Therapy Techniques. A Guide to the Treatment of Neuroses*, Oxford, Pergamon Press.

YAP, P.M. (1952), „The latah reaction: Its pathodynamics and nosological position", *Journal of Mental Science*, *98*, 515-564.

YAP, P.M. (1969), „The culture-bound reactive syndromes", in Caudill, W. & Lin, T.Y. (eds.), *Mental Health Research in Asia and the Pacific*, 33-53, Honolulu, East-West Center Press.

YATES, A.J. (1958), „Symptoms and symptom substitution", *Psychological Review*, *65*, 371-374.

YATES, A.J. (1966), „Psychological deficit", *Annual Review of Psychology*, *17*, 111-144.

YORKE, C., WISEBERG, S. & FREEMAN, T. (1989), *Development and Psychopathology. Studies in Psychoanalytic Psychiatry*, New Haven, Ct, Yale University Press.

ZAZZO, R. (1974), „L'attachement", in Anzieu, D., Bowlby, J., Chauvin, R., Duyckaerts, F., Harlow, H.H.F., Koupernik, C., Lebovici, S., Lorenz, K., Malrieu, P., Spitz, R.A., Widlöcher, D. & Zazzo, R., *L'Attachement*, 20-54, Developm, Delachaux et Niestlé.

ZAZZO, R. (1983), „Méfions-nous des modèles", in Actes du Colloque: *Comprendre les hommes, construire des modèles : Les Modèles implicites et explicites en psychologie*, 125-131, Paris, Société Française de Psychologie.

ZECHOWY, A.C. (1969), „The influence on social class on the psycho-dynamics of obesity", teză de doctorat nepublicată, State University of New York, Buffalo.

ZIGLER, E. (1963), „Metatheoretical issues in developmental psychology", in Marx, M.H. (ed.), *Theories in Contemporary Psychology*, 341-369, New York, Macmillan.

ZIGLER, E. (1969), „Developmental versus difference theories of mental retardation and the problem of motivation", *American Journal of Mental Deficiency*, *73*, 536-556.

ZIGLER, E. & GLICK, M. (1986), *A Developmental Approach to Adult Psychopathology*, New York, John Wiley & Sons.

ZIGLER, E., GLICK, M. & MARSH, A. (1979), „Premorbid social competence and outcome among schizophrenic and nonschizophrenic patients", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *167*, 478-483.

ZIGLER, E. & PHILIPS, L. (1960), „Social effectiveness and symptomatic behaviors", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *61*, 231-238.

ZIGLER, E. & PHILLIPS, L. (1961), „Case history data and psychiatric diagnosis", *Journal of Consulting Psychology*, *25*, 458.

ZIGLER, E. & PHILLIPS, L. (1962), „Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *65*, 215-222.

ZUBIN, J. & SPRING, B. (1977), „Vulnerability – a new view of schizophrenia", *Journal of Abnormal Psychology*, *86*, 103-126.

În colecția **Psihologie clinică și psihoterapie**

au apărut:

José Guimón – *Introducere în terapiile de grup. Teorii, tehnici, programe*

José Guimón, Béatrice Weber-Rouget – *Terapii scurte de grup. Comportamente și ilustrări clinice*

Șerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologice*

în pregătire:

Daniel Marcelli, Élise Berthaut – *Depresie și tentative de suicid la adolescență*

Gavin Andrews, Mark Creamer, Rocco Crino, Caroline Hunt, Lisa Lampe, Andrew Page – *Psihoterapia tulburărilor anxioase. Ghid practic pentru terapeuți și pacienți*

www.polirom.ro

Coperta: Angela Rotaru

Bun de tipar: decembrie 2006. Apărut: 2006
Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. Box 266
700506, Iaşi, Tel. & Fax: (0232) 21.41.00; (0232) 21.41.11;
(0232) 21.74.40 (difuzare); E-mail: office@polirom.ro
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33,
O.P. 37 • P.O. Box 1-728, 030174
Tel.: (021) 313.89.78; E-mail: office.bucuresti@polirom.ro



Tipografia S.C. PRINT MULTICOLOR S.R.L. Iaşi
str. Bucium nr. 34, Iaşi, 700265
Tel.: 0232-211225, 236388; Fax: 0232-211252

Lucrarea prezintă diferite abordări posibile în psihopatologie: ateoretică, behavioristă, biologică, cognitivistă, din perspectiva dezvoltării umane, ecosistemică, etnologică, etologică, existenţialistă, experimentală, fenomenologică, psihanalitică, socială şi structuralistă. După ce defineşte fiecare dintre aceste abordări, autorul prezintă exemple practice, evidenţiind astfel problematica şi aporturile teoretice complementare. Cele paisprezece capitole formează un întreg, o perspectivă de ansamblu asupra domeniului, în vederea unei abordări integrative a psihopatologiei.

Critici ale ateorismului • Abordarea behavioristă a comportamentelor anormale • Biologia comportamentelor suicidare • Teoriile cognitiviste privind depresia • Psihopatologie şi reţele sociale • Fundamente ale metodei fenomenologice de cercetare • Tulburări mintale şi clasă socială • Structurile psihopatologice

EDITURA POLIROM



ISBN 973-681-850-0
978-973-681-850-9
9789736 818509
www.polirom.ro